

326
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 25 Juillet 1895, à 1 heure

PAR

HENRI FAVRAUD

Né à Foussignac (Charente), le 21 Janvier 1868.

LYMPHANGITES PÉRIAURICULAIRES

simulant la Mastoïdite

Président : M. BERGER, professeur.

Jury { professeur : M. BOUILLY.

{ agrégés : MM. SCHWARTZ et POIRIER.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N^o

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 25 Juillet 1895, à 1 heure

PAR

HENRI FAVRAUD

Né à Foussignac (Charente), le 21 Janvier 1868.

LYMPHANGITES PÉRIAURICULAIRES

simulant la Mastoïdite

Président : M. BERGER, professeur.

Jury { *professeur : M. BOUILLY.*
agregés : MM. SCHWARTZ et POIRIER.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHEL.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TERRIER.
Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
	{ G. SEE.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Maladies des enfants.	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
	{ TILLAUX.
Clinique chirurgicale	{ BERGER.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, PAJOT et VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARRAN.	DELBET.	MARIE.	ROGER.
ANDRÉ	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	SCHWARTZ.
BALLET.	GAUCHER.	MENÉTRIÉR.	SÉBILLEAU.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	TUFFIER.
BRISSAUD.	GLEY.	NETTER.	VARNIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomiques	WEISS.
CHARRIN.	LEJARS.	QUENU.	
CHAUFFARD.	LETULLE.	RETTÉTER.	
DEJERINE.	MARFAN.	RICARD.	

Le secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE.

A MON COUSIN.

A MES AMIS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERGER.

Professeur de Clinique chirurgicale

Chevalier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

Pendant que nous avions l'honneur d'être élève du service de M. le Dr Broca à l'hôpital Trousseau, nous avons eu, assez souvent, l'occasion de voir des lymphangites de la région mastoïdienne présentant au premier abord la plus grande ressemblance avec l'inflammation des cellules de l'apophyse mastoïde.

Dans ces cas, afin d'éviter aux malades une intervention inutile, et parfois dangereuse, il était de la plus haute importance d'établir un diagnostic précis. Ce ne fut pas toujours facile comme le montre l'étude de nos dernières observations. Cependant, notre maître nous apprit comment on pouvait le plus souvent éviter de se tromper, si l'on avait soin de rechercher la furonculose du conduit auditif externe, cause habituelle de ces lymphangites et des adéno-phlegmons consécutifs.

La plupart des auteurs ayant à peine indiqué la fréquence de cette relation et les erreurs auxquelles elle pouvait donner lieu, nous avons pensé à faire de cette étude le sujet de notre thèse inaugurale.

Notre travail comprend quatre chapitres :

CHAP. I. — *Considérations sur les lymphatiques et ganglions péri-auriculaires et sur quelques dispositions anatomiques expliquant la marche des inflammations.*

CHAP. II. — *Étiologie des lymphangites péri-auriculaires.*

CHAP. III. — *Symptômes du furoncle et de la lymphangite.*

CHAP. IV. — *Diagnostic.*

M. le professeur agrégé Broca nous a donné l'idée première de ce travail et une partie de nos observations. Nous sommes heureux de l'en remercier. Nous lui exprimons aussi toute notre respectueuse reconnaissance pour le bienveillant accueil qu'il nous a fait dans son service, et les excellents conseils qu'il nous a prodigués.

M. le professeur Berger nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse; qu'il nous soit permis de lui exprimer ici toute notre gratitude et nos respectueux remerciements.

Nous conservons le meilleur souvenir de nos maîtres de Bordeaux; mais nous devons un hommage tout spécial à M. le Dr Lande pour l'affectueuse bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

Tous nos remerciements, enfin, à notre excellent ami Riffé, qui a bien voulu nous aider dans nos recherches.

CHAPITRE I.

La propagation des inflammations auriculaires à la région mastoïdienne est une complication assez fréquente ; il nous a paru utile au début de ce travail de mettre en relief les conditions anatomiques qui la favorisent.

Sappey a nettement montré comment les cellules mastoïdiennes communiquent avec la caisse du tympan ; cette communication se fait par l'intermédiaire du canal pétro-mastoïdien ou *aditus ad antrum* qui s'ouvre à la partie supérieure de la paroi mastoïdienne de la caisse, juste en face de l'embouchure de la trompe d'Eustache (Tillaux) ; d'autre part, les cellules de l'apophyse communiquant entre elles et tapissées d'une muqueuse continue avec celle de l'aditus et de l'oreille moyenne, il est facile de comprendre l'origine et la fréquence des suppurations intra-mastoïdiennes. Politzer (1) rapporte que dans tous les cas d'otite moyenne purulente, il a trouvé les cellules de l'apophyse plus ou moins

(1) Politzer. Annales des maladies de l'oreille et du larynx, 1892, n° 5, p. 382.

remplies de pus, et le Dr Broca (1), dans un mémoire récent, a réuni 129 observations de cette complication de l'otite moyenne.

Les plans superficiels de la région mastoïdienne affectent aussi des rapports importants avec l'appareil auditif permettant aux germes infectieux ou à la suppuration de se propager de l'un à l'autre. Examinons quels sont les points faibles par où cette propagation peut se faire.

Le conduit auditif externe est formé de deux segments ; l'un interne, osseux ; l'autre externe, cartilagineux. La peau munie de poils, de glandes sébacées et cérumineuses, points de départ des inflammations circonscrites, tapisse la face interne de ces deux segments.

Le segment osseux est tapissé par un périoste dense, épais, intimement soudé à l'os en dehors, à la peau en dedans. Dans cette portion, les cellules mastoïdiennes, et plus spécialement celles qui sont situées en avant de l'autre, dites cellules limitrophes, constituent la paroi postéro-supérieure du conduit osseux. Pour Kirchner, ces cellules sont séparées du conduit par une mince lamelle osseuse criblée d'orifices très étroits comblés par du tissu conjonctif et des vaisseaux. Se basant sur ce rapport, Toynbee pensait que bon nombre d'inflammations des cellules mastoïdiennes avaient pour point de départ le conduit auditif externe.

Dans la mastoïdite, ces cellules limitrophes sont souvent envahies par le pus : elles font alors, dans le conduit, une saillie très marquée, qu'on a appelée, d'après son siège,

(1) A. Broca et Lubet-Barbon. Les suppurations de l'apophyse mastoïde et leur traitement.

« chute » de la paroi postero-supérieure du conduit auditif externe.

Chez l'enfant, le conduit osseux n'existe pas, et le périoste de la caisse se continue directement avec celui de l'apophyse mastoïde. Si on se rappelle qu'à cet âge il existe entre la peau et le périoste une couche celluleuse lâche, on comprendra avec quelle facilité le pus peut fuser de l'oreille moyenne vers les parties superficielles de l'apophyse mastoïde.

Au niveau du segment cartilagineux, la communication est encore plus facile : le cartilage, en effet, ne forme pas un canal continu, mais un demi-anneau échancré en arrière et en haut et remplacé en ce point par un trousseau fibreux, prolongement et soudure des deux feuillets du périchondre ; cette portion fibreuse se trouve exactement en rapport avec la région mastoïdienne et protège beaucoup moins que les autres parois les parties voisines contre les diverses inflammations du conduit.

Le cartilage présente encore d'autres solutions de continuité. A sa partie antérieure et un peu en dedans du tragus se trouvent deux fentes connues sous le nom d'incisures de Valsalva, d'après Sappey, d'incisures de Santorini d'après Testut : ces fentes sont comblées par du tissu conjonctif : Santorini, Tataroff y ont également décrit des fibres musculaires que n'a pas rencontrées Sappey.

Enfin, le demi-anneau cartilagineux est relié à la portion osseuse du conduit par un trousseau fibreux formé par l'adossement des deux feuillets du périchondre : ce trousseau se continue avec le périoste du conduit osseux.

La barrière qui sépare la peau et les glandes du conduit

des parties environnantes est donc formée en allant de la membrane du tympan vers la conque par :

1° Le périoste du segment osseux.

2° Le trousseau fibreux qui unit le périoste osseux au cartillage.

3° Le périchondre et le cartilage.

Ces divers éléments forment une couche unique située en dehors de la couche glandulaire : c'est la couche fibro-cartilagineuse de Tillaux. Le périchondre est de ces différents tissus, celui qui se laisse le plus facilement traverser par les fusées purulentes.

Lymphatiques de l'oreille. — Les lymphatiques sont la principale voie de propagation des germes pyogènes. Ils seraient plus nombreux, d'après Sappey, dans la moitié externe du conduit.

Le réseau lymphatique est d'autant plus serré qu'on s'approche davantage du pavillon de l'oreille. Les branches qu'il fournit s'unissent à celles qui proviennent du pavillon pour suivre leur trajet et partager leur distribution.

Sappey les distingue en antérieures, postérieures et inférieures.

Les antérieures, au nombre de deux, se dirigent vers le ganglion préauriculaire situé en avant du tragus. Les postérieures se rendent aux ganglions mastoïdiens ou ganglion sous-auriculaire d'Arnold dont l'inflammation et la suppuration sont quelquefois des causes d'erreur de diagnostic. Les inférieures aux ganglions parotidiens.

L'oreille n'est pas le seul point d'origine des lymphatiques se rendant aux ganglions mastoïdiens; le cuir che-

velu présente un large territoire pariéto-occipital qui en est également tributaire.

Lymphatiques du cuir chevelu tributaires des ganglions mastoïdiens.

Les lymphatiques des téguments du crâne forment à leur origine un réseau d'autant plus serré qu'on les examine plus près de la ligne médiane, d'autant plus pauvre qu'on se rapproche du pavillon de l'oreille : au niveau de la suture interpariétale, ils forment une bande large de deux centimètres d'une extrême richesse.

Les lymphatiques tributaires des ganglions mastoïdiens proviennent de la partie postérieure de la région pariétale et de la partie la plus antérieure de la région occipitale.

Les troncs lymphatiques partis du réseau qui recouvre la région pariétale sont au nombre de 6 à 8 et se divisent en deux groupes ; l'un antérieur se rendant aux ganglions parotidiens, l'autre postérieur, aux ganglions mastoïdiens supérieurs. Ces troncs présentent une longueur assez considérable ; ils sont d'autant plus verticaux qu'on les examine en un point plus reculé ; enfin ils sont très flexueux.

Les lymphatiques occipitaux se divisent également en deux groupes ; l'un antérieur ou pariéto-occipital comprend 4 à 6 canaux qui se dirigent obliquement en bas et en avant en convergeant entre eux. Ils se réunissent les uns aux autres en avant du splénus et finalement constituent un tronc unique absolument constant d'après Sappey. Ce tronc se dirige verticalement en bas, s'applique au bord postérieur

du sterno-cléido-mastoïdien, passe sur ce muscle et se jette dans les ganglions qui entourent la veine jugulaire interne.

Le groupe sous-occipital aboutit à un ganglion situé au devant du trapèze ; de celui-ci part un gros tronc qui croise à angle droit le splénus en passant au-dessous de lui pour aboutir finalement aux ganglions mastoïdiens inférieurs.

Ganglions péri-auriculaires. — Ils comprennent deux grands groupes, le groupe mastoïdien et le groupe parotidien. Le premier groupe se compose de 4 à 5 ganglions que l'on distingue d'après leur situation en supérieurs et inférieurs.

Les supérieurs sont situés au-dessous d'une lame fibreuse qui les fixe sur l'apophyse mastoïde immédiatement en arrière et au-dessous du conduit auditif externe ; ils sont séparés des seconds, plus profonds, par l'insertion mastoïdienne du muscle sterno-mastoïdien.

Plusieurs auteurs décrivent dans le groupe parotidien des ganglions superficiels et des ganglions profonds suivant qu'ils sont situés au-dessus et au-dessous du feuillet superficiel de l'aponévrose parotidienne. Sappey les considère tous comme situés au-dessous de ce feuillet dans la couche superficielle de la glande.

Leur nombre est variable mais toujours plus considérable que celui des ganglions mastoïdiens. L'un d'eux prend en général un développement assez considérable ; il est situé immédiatement en avant du tragus, c'est le ganglion pré-auriculaire.

En résumé, abstraction faite des lymphatiques de la face, dont nous n'avons pas à nous occuper, le territoire des ganglions parotidiens comprend la moitié antérieure de la

région pariétale, les parois antérieure et inférieure du conduit et du pavillon.

Le territoire des ganglions mastoïdiens comprend : la moitié postérieure de la région pariétale, la région occipitale, la paroi postérieure du conduit et du pavillon.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE

Les lymphangites péri-auriculaires et l'inflammation des ganglions mastoïdiens reconnaissent pour cause l'introduction de germes infectieux dont la porte d'entrée siège en un point quelconque du territoire lymphatique de ces ganglions. Nous allons passer rapidement en revue les différentes causes qui peuvent ouvrir la voie à l'infection, nous réservant d'insister spécialement sur les inflammations circonscrites du conduit auditif externe.

Toutes les lésions, même les plus superficielles, de la région pariéto-occipitale peuvent déterminer la lymphangite rétro-auriculaire. Il nous suffira de mentionner les lésions traumatiques, telles que contusions, érosions produites par le grattage, plaies par instruments tranchants, piquants ou contondants; les lésions inflammatoires, telles que érysipèle, furoncles, impétigo, eczéma, ecthyma du cuir chevelu.

Ces mêmes affections peuvent également atteindre le pavillon de l'oreille et produire la lymphangite mastoi-

dienne : il faut ajouter l'érythème des jeunes sujets lymphatiques, l'inflammation produite par la perforation du lobule, pour y adapter des boucles d'oreilles, enfin celle qui se développe autour de certaines tumeurs spéciales au pavillon, telles que l'othématome et les tophus des gouteux.

Les lésions traumatiques ou inflammatoires du tympan et de l'oreille moyenne, causent rarement la lymphangite. L'otite moyenne purulente se complique beaucoup plus souvent d'inflammation intra-mastoïdienne, et l'otite périostique de la caisse d'ostéo-périostite de l'apophyse (Duplay). Cependant le pus de l'otite moyenne, après avoir perforé la membrane du tympan, peut infecter le conduit auditif et produire secondairement de la lymphangite rétro-auriculaire (obs. XVII).

Le conduit auditif externe est sans contredit, le point par où se produit le plus souvent l'infection des lymphatiques et des ganglions péri-auriculaires.

Les lésions traumatiques telles que fractures, plaies, corps étrangers introduits accidentellement, les tentatives brutales et maladroites faites pour les retirer, les excoriations produites par le grattage, les injections irritantes, les troubles de sécrétion amenant la formation de concrétions cérumineuses, ont pu quelquefois être incriminés.

Les inflammations parasitaires du conduit, les syphilides, le lupus et le psoriasis sont des causes plus rares.

Les lésions syphilitiques se localisent très rarement au conduit auditif : le chancre initial y est inconnu, et les lésions tertiaires d'une extrême rareté. Il n'en est pas de même à la période secondaire : les syphilides les plu sou-

vent observées, sont les formes ulcéreuses, papulo-érosive et papulo-hypertrophique. Ces lésions débutent ordinairement à l'entrée du conduit auditif externe, ou tout au moins dans la région cartilagineuse, ce n'est qu'ultérieurement qu'elles envahissent les parties profondes. Au début, elles ressemblent aux syphilides cutanées et passent souvent inaperçues. Leur évolution amène bientôt une ulcération de la peau et les douleurs commencent à se manifester : le conduit est alors tuméfié ; de la paroi enflammée s'écoule un pus fétide, ichoreux, sanguinolent ; le dessèchement de ce pus laisse à sa suite des croûtes grisâtres. L'enlèvement des croûtes et l'attouchement le plus léger provoquent souvent un écoulement sanguin.

Ce signe est une preuve de la nature syphilitique de la lésion.

Pour Hermet, l'otite externe diffuse syphilitique aurait toujours pour origine ces syphilides qui souvent passent inaperçues. Ces accidents de la 2^e période ont d'autant plus de tendance à se produire que le malade a eu déjà des affections auriculaires (Schwartz, Politzer, Desprès).

Les inflammations diffuses du conduit auditif, aiguës ou chroniques s'accompagnent plus rarement que les inflammations circonscrites de lymphangite péri-auriculaire.

Parmi celles-ci nous décrivons plus spécialement l'eczéma, l'herpès, et le furoncle.

Herpès de l'oreille externe. — L'herpès siège ordinairement sur le pavillon, la conque, ou dans le tiers externe du conduit. Il serait pour Hartmann plus fréquent chez l'adulte ; mais on le rencontre quelquefois chez l'enfant.

Le début de l'herpès est brusque ; des troubles gastri-

ques (1) précèdent ordinairement son apparition; il s'accompagne assez fréquemment d'une poussée fébrile ne dépassant pas 38° et de courte durée. Chez l'enfant il se manifeste parfois par une simple démangeaison, la douleur d'intensité variable est un symptôme plus rare. Cependant l'otalgie peut être très vive, continue, avec exacerbation, irradiant dans l'articulation temporo-maxillaire, entravant la mastication et amenant une surdité plus ou moins complète.

L'inspection montre, au début, une injection diffuse de tout le conduit s'accompagnant d'une légère tuméfaction : bientôt, sur cette surface rouge apparaissent de petites vésicules remplies d'un liquide séreux : ces vésicules sont isolées les unes des autres; d'autres fois elles se réunissent en îlots, se rejoignent par leur base et forment des groupes séparés par des intervalles de peau saine; leurs dimensions varient de la grosseur d'un grain de mil à celle d'un pois : le liquide qu'elles contiennent d'abord clair, puis citrin, devient bientôt opalescent. Les vésicules peuvent alors se dessécher sans s'ouvrir, où elles sont déchirées, soit par grattage, soit spontanément et du liquide muqueux s'écoule alors par le conduit auditif.

Dans l'un et l'autre cas, l'évolution de la vésicule aboutit à la formation d'une croûte d'abord jaune, puis brunâtre, souvent réunie aux croûtes voisines formant sur la conque et dans le conduit auditif une carapace continue.

La marche de l'affection est ordinairement rapide et sa

(1) Ladreit de Lacharrière. Annales, maladies de l'oreille, t. III, p. 6.

durée fort courte; en quelques jours la guérison s'obtient sous l'influence d'un traitement approprié. Cependant, il n'est pas rare de voir la maladie se prolonger par formation de nouvelles vésicules dont l'évolution est analogue à celle des vésicules primitives. Le conduit auditif externe, la conque et le pavillon même peuvent alors être envahis, on voit alors une véritable otite externe diffuse et chronique se manifestant par une otorrhée abondante et douloureuse succéder à l'herpès.

Eczéma. — « L'eczéma aime l'oreille », dit Hermet : on le trouve, en effet, souvent chez les enfants sur le pavillon, à l'entrée du conduit auditif, et dans le sillon rétro-auriculaire. Avec le furoncle, l'eczéma est la cause la plus habituelle des lymphangites péri-auriculaires (Obs. XIII, XX, etc.).

Cette affection revêt la forme aiguë ou chronique; la forme aiguë se présente avec les mêmes caractères que sur les parties du corps; rougeur et gonflement de la peau avec production de petites vésicules serrées les unes contre les autres, laissant échapper par rupture un liquide clair, quelquefois roussâtre qui souvent se concrète sous forme de croûtes plus ou moins épaisses. Le plus souvent, l'eczéma passe à l'état chronique, et revêt la forme impétigineuse si commune chez les enfants scrofuleux et mal entretenus. (Obs. VI, XXI).

La région envahie rouge et gonflée, présente des excoriations recouvertes de croûtes jaunâtres et humides, qui sont autant de portes ouvertes à l'infection des ganglions avoisinants.

Les causes que nous venons d'étudier étant, en général,

faciles à constater, la lymphangite qui leur succède sera rarement prise pour une mastoïdite.

Quand la rougeur et le gonflement retro-auriculaires ne s'accompagnent d'aucune lésion apparente de l'oreille externe, avant de penser à l'inflammation des cellules mastoïdiennes, il faudra toujours rechercher s'il n'existe pas de furoncles dans le conduit auditif externe.

La furonclose est, en effet de beaucoup, la cause la plus fréquente des lymphangites périauriculaires et des adénophlegmons mastoïdiens. Sur 17 cas dont nous rapportons les observations, 11 fois la furonclose du conduit avait été le point de départ de l'inflammation ; c'est pour l'avoir toujours recherchée qu'une erreur de diagnostic fut souvent évitée. C'est pourquoi, dans le prochain chapitre, avant d'étudier les caractères des lymphangites périauriculaires, nous rechercherons les symptômes qui permettent de déceler facilement la furonclose du conduit auditif externe.

CHAPITRE III

SYMPTÔMES

1° *Furonculose du conduit auditif externe.*

Le furoncle du conduit auditif externe est une affection peut-être plus commune, au moins chez l'enfant, que ne le disent la plupart des auteurs. Il nous a été donné d'en étudier en peu de temps un assez grand nombre de cas à la consultation externe de l'hôpital Trousseau, et notre maître A. Broca le considère comme relativement fréquent. Nous pensons que le furoncle a paru rare dans l'enfance, parce qu'il a été souvent méconnu.

Son origine microbienne a été bien démontrée par les recherches de Lœwenberg (1). Cet auteur a montré qu'ils étaient causés avec une fréquence inégale par les trois variétés de staphylocoques ; l'albus, l'aureus et le citreus. Le plus fréquemment rencontré, d'après lui, est la variété albus ;

(1) Lœwenberg, Etude therap. et bact. sur le furoncle de l'oreille, Union médicale 1888.

dans un cas il trouva les trois variétés réunies dans un même furoncle. Kirchner (1) n'a rencontré que le *staphylococcus pyogenes albus*.

Pour Maggiora et Gradenigo (2), l'aureus serait le plus fréquent. Il faut surtout incriminer les frottements, et les grattages du conduit comme favorisant l'introduction des germes (3).

Le furoncle survient soit primitivement soit consécutivement, et cela assez souvent à la suite de l'eczéma du conduit ou du pavillon. Cette coïncidence des deux affections semble avoir été exagérée par Hermet (4). « L'otite furonculaire, dit-il, est à mon avis une des complications les plus fréquentes de l'eczéma du conduit, et je ne suis pas loin de penser que tout furoncle du conduit a eu pour point de départ une poussée eczémateuse qui est passée inaperçue. En ce qui me concerne il ne m'est jamais arrivé de trouver un furoncle du conduit sans avoir trouvé l'eczéma dans les antécédents du malade. Abstraction faite de quelques cas rares où le malade atteint de furonculose sur quelque point du corps s'est fait une véritable auto-inoculation, je n'ai jamais trouvé et j'insiste sur ce fait, un furoncle primitif du conduit sans eczéma concomitant ou antérieur. »

Sans doute la coïncidence est fréquente, et nous l'avons constatée dans la plupart de nos observations ; cependant,

(1) Kirchner, Zur etiologie des Ohrfurunkels. Monatsschrift für Ohrenheilkunde.

(2) Maggiora et Gradenigo. Giornale della R. ac. di medic di Torino t 891.

(3) Pauchet, thèse Paris 1885.

(4) Hermet. Leçons sur les maladies de l'oreille.

dans quelques autres, (obs. VII, VIII, XXII), nous avons vainement recherché ce facteur étiologique.

Le furoncle siège le plus souvent dans la portion cartilagineuse et plus particulièrement à l'entrée du conduit, c'est-à-dire dans la partie la plus riche en glandes sébacées et cérumineuses.

Les glandes sébacées sont superficielles, s'ouvrent dans les follicules pileux ou à la surface de la peau. D'après Alzheimer, elles sont surtout visibles chez le nouveau-né et le jeune sujet : à un âge plus avancé elles subissent une atrophie considérable. Les glandes cérumineuses forment autour du conduit cartilagineux une couronne glandulaire complète surtout développée dans les points où manque le cartilage ; elles reposent alors directement sur le périchondre. Buchanan et Tröltsh les ont retrouvées sur la partie postéro-supérieure du conduit jusqu'au voisinage de la membrane du tympan. La plupart des auteurs ne les décrivent que dans la portion fibro-cartilagineuse ; elles y sont du moins beaucoup plus nombreuses.

Le siège anatomique du furoncle est dans ces glandes sébacées et cérumineuses. « On comprend, dit Tillaux, que l'abcès furonculaire se développe de préférence dans la partie postéro-supérieure du conduit si l'on se rappelle que ce point est dépourvu de cartilage, que ces glandes y sont accumulées en très grand nombre.

Né spontanément ou à la suite de l'eczéma, le début du furoncle s'annonce en général par des frissonnements, une légère élévation de la température ne se prolongeant pas ordinairement au-delà de 24 ou 48 heures ; cet état fébrile peut

coïncider avec des troubles gastriques peu accusés, langue saburrale, nausées, constipation.

Des démangeaisons plus ou moins vives dans le conduit auditif attirent bientôt l'attention ; ce prurit peut être extrêmement pénible ; il n'est pas rare que le malade pour s'en débarrasser n'aille jusqu'à produire par le grattage des ex-coriations qui pourront constituer autant de portes d'entrée pour une auto-inoculation ou des infections secondaires surajoutées. Cependant ce prurit dure peu ; au bout de 24 heures il est en général remplacé par une sensation de gêne avec tension, chaleur et douleur.

La douleur est un signe important, son intensité souvent très grande est en rapport avec la sensibilité exquise de la peau du conduit et l'inextensibilité des couches sous-épidermiques.

Elle est rarement bien localisée ; cependant nous verrons qu'elle est très exagérée par le contact d'un stylet au point où siège la tumeur furonculaire. Ses irradiations sont variables comme siège et comme intensité.

Le plus souvent toute la moitié correspondante de la tête est lourde sans que le malade puisse préciser un point plus nettement douloureux. Hartmann signale comme assez fréquentes les irradiations dans les dents ou dans tout un côté de la mâchoire.

Les irradiations dans la région du cou le long du sterno-mastoïdien déterminent l'inclinaison de la tête vers le côté malade (Obs. XVIII). Mais une des plus fréquentes a lieu du côté de l'articulation temporo-maxillaire correspondante.

Les rapports intimes de cette articulation avec le conduit auditif expliquent suffisamment pourquoi la mastication

sera gênée, parfois impossible; pourquoi la parole elle-même deviendra très pénible. Ces phénomènes seront évidemment plus marqués si le furoncle siège à la paroi antérieure du conduit, immédiatement en arrière du condyle du maxillaire.

Les douleurs sont continues, avec exacerbations fréquentes; plus vives la nuit, elles peuvent être assez intenses pour empêcher le sommeil: intolérables au point d'amener dans certains cas de véritables syncopes (Obs. XX), ces douleurs nocturnes se calment habituellement le matin et peuvent même disparaître presque entièrement dans la journée. La position du malade a parfois une influence sur la douleur: Dans un cas observé par le Dr Gervais de Rouville, de Montpellier, les douleurs, atroces quand le malade tentait de s'allonger dans son lit, devenaient instantanément beaucoup moins violentes quand il se mettait dans la position assise.

Le contact direct du furoncle avec un stylet est également très douloureux. Hermet signale comme exaspérant la douleur, la pression en avant du tragus: nous avons toujours rencontré ce signe qui est d'une grande valeur pour le diagnostic de l'affection.

Il est un autre symptôme que nous n'avons trouvé décrit dans aucun auteur, auquel notre maître le Dr Broca qui l'a signalé le premier attache une grande importance pour établir le diagnostic de furunculose. Si, chez un malade atteint d'un furoncle du conduit, quel que soit son siège, on exerce une traction, même légère, sur le pavillon de l'oreille de manière à le porter en haut et en arrière, on tend à redresser le conduit auditif externe; et le malade accuse

par un cri ou une grimace une vive douleur. Nous avons recherché ce signe, dans tous les cas qu'il nous a été donné d'observer et nous l'avons toujours constaté. Dans un cas même (Obs. I), le petit malade, âgé seulement de 4 mois, criait vivement dès qu'on exerçait la plus légère traction sur le pavillon de l'oreille malade, tandis qu'une traction plus énergique du côté opposé le laissait indifférent.

Des signes subjectifs peuvent aussi se rencontrer dans le furoncle du conduit, mais ils sont moins constants, car ils tiennent à des variétés de caractères physiques de l'inflammation.

Les bourdonnements d'oreilles et les bruits variés consistant en tintements, battements, bruit de cloche ne sont pas rares; leur pathogénie a été diversement interprétée; pour les uns ils résulteraient de la propagation de l'inflammation jusqu'à la membrane du tympan dont les vaisseaux gorgés de sang seraient l'origine de ces bruits; pour d'autres ils doivent être attribués à un phénomène réflexe partant des branches nerveuses terminales de la peau du conduit.

Enfin, dernier symptôme subjectif, l'ouïe est parfois obscurcie: la surdité peut être à peu près complète quand le furoncle, par son développement, arrive à obstruer complètement le conduit auditif.

A l'inspection de l'oreille le pavillon ne présente, en général, aucune trace d'inflammation. L'entrée du conduit peut, dans certains cas, présenter une teinte rosée en continuité avec le pourtour du furoncle siégeant en cette partie.

Dans ce cas, l'inspection directe permettra de constater son existence et ses caractères. Mais, si le furoncle siége profondément, l'inspection directe étant négative, il faudra

recourir à l'examen otoscopique : l'introduction de l'instrument est ordinairement douloureuse ; le fond du conduit étant nettoyé avec un petit tampon d'ouate, on voit en un ou plusieurs points la peau rosée ou même rouge sombre : en même temps que la rougeur on constate un gonflement qui augmente progressivement à mesure que l'affection évolue ; au centre de cette rougeur et de ce gonflement, on voit, dès les premiers jours, une élévation plus rouge que les parties environnantes, dont la surface est lisse et légèrement acuminée.

L'évolution de la tumeur se fait en 5 à 6 jours, quand il n'y a pas de complications au niveau de la partie centrale acuminée, la peau s'amincit, un point blanchâtre apparaît qui s'agrandit progressivement ; la peau s'ulcère et la suppuration a lieu.

La résolution est un des modes de terminaison. Duplay et Hartmann prétendent même qu'elle est fréquente.

Pour notre part, nous l'avons observée plusieurs fois, principalement dans les cas où le furoncle avait été reconnu et soigné dès son début (Obs. I, VII, XI).

On voit alors le gonflement rétrocéder ; la rougeur disparaît, les douleurs s'atténuent, sont remplacées par des démangeaisons qui persistent quelque temps, puis tout rentre dans l'ordre.

La suppuration est presque inévitable quand les phénomènes douloureux durent plus de 4 jours. Une petite quantité de pus s'élimine par le sommet de la tumeur : ce pus est épais, floconneux, blanchâtre, ou blanc-jaunâtre ; on y rencontre des filaments blancs adhérents ; en un mot, c'est un véritable bourbillon dont la sortie est parfois difficile. Après son éli-

mination les phénomènes douloureux cessent et la guérison survient en quelques jours.

Si le furoncle est volumineux, le conduit auditif peut être complètement obstrué ; du pus peut alors s'accumuler en arrière de la tumeur : dans ce cas l'ouïe s'obscurcit de plus en plus, peut disparaître complètement ; les douleurs deviennent intolérables, s'accompagnent souvent de frissonnements répétés, d'un léger mouvement fébrile et d'embarras gastrique.

Le furoncle du conduit gagnant en profondeur amènerait parfois mais rarement une nécrose superficielle de la paroi osseuse (Wolf).

D'autres fois, particulièrement chez les jeunes enfants, alors que les anneaux cartilagineux sont incomplets et séparés par du tissu conjonctif, la collection purulente, refoulée par la peau du conduit inextensible et résistante, peut fuser entre les anneaux cartilagineux et gagner la couche sous-cutanée de la région mastoïdienne.

Enfin, le bourbillon étant éliminé, l'ulcération qui lui succède se comble parfois difficilement ; le bourgeonnement se fait mal, ou au contraire s'exagère ; des granulations turgescentes se développent qui peuvent disparaître ou devenir l'origine d'un polype de l'oreille.

Bien que nous n'ayons pas eu occasion d'en observer d'exemples, il n'est pas rare, d'après la plupart des auteurs, d'observer une récurrence des phénomènes inflammatoires dans les jours qui suivent la guérison du premier furoncle : c'est une seconde poussée furonculaire dont l'évolution sera analogue à la précédente. Il peut même y avoir trois ou quatre poussées successives, créant un véritable état furonculaire

chronique. Un mauvais état général, et en particulier le diabète, a une influence considérable tant au point de vue de la durée que de la fréquence des récives.

Lorsqu'un seul furoncle évolue, sa durée moyenne varie de 5 à 8 jours.

L'affection persiste plus longtemps s'il survient des complications.

Le conduit auditif tout entier peut s'enflammer, et il en résulte une otite externe diffuse : la conque et le pavillon peuvent également être envahis.

Il faut signaler aussi les auto-inoculations à distance soit dans le conduit auditif opposé, par l'intermédiaire des doigts ou des instruments, soit sur toute autre partie du tégument.

Enfin, une lymphangite péri-auriculaire, s'accompagnant ou non d'adénite et même d'adéno-phlegmon, peut compliquer la furunculose du conduit.

Nous allons maintenant étudier les caractères de cette complication.

2° Lymphangite rétro-auriculaire.

La lymphangite rétro-auriculaire, suite de furoncle du conduit, débute ordinairement par une aggravation des symptômes jusque-là observés; le mouvement fébrile s'accroît, les petits frissonnements se répètent, la céphalée et les bourdonnements d'oreille deviennent plus intenses.

Si l'affection causale a passé inaperçue, le début paraît brusque et c'est ordinairement la douleur qui se montre la

première ; bientôt on voit se produire en arrière de l'oreille et spécialement vers la partie inférieure du sillon rétro-auriculaire, entre la pointe de l'apophyse et le conduit auditif, un fin réseau à mailles serrées, présentant une coloration rosée ou rouge uniforme. En même temps, toute la région est envahie par un gonflement mal limité, œdémateux, mou, où la pression du doigt laisse un petit godet blanc qui s'efface lentement. La douleur qui existait dès le début est maintenant plus marquée, superficielle et continue : elle consiste en une cuisson très pénible assez analogue à la douleur produite par les brûlures au 1^{er} degré. Cette douleur est exaspérée par la pression et même par le simple contact. La pression est douloureuse sur tous les points où siège le gonflement, mais (fait important que nous retrouverons au diagnostic différentiel) elle cesse brusquement en dehors de ces limites.

Il existe certains points d'élection où la douleur est exquise :

1° A la pression en avant du tragus où elle est constante, et précède le plus souvent l'apparition des symptômes douloureux dans la région mastoïdienne ; elle s'explique par l'engorgement précoce du ganglion pré-auriculaire.

2° Entre la pointe de l'apophyse et la branche montante du maxillaire au niveau de la partie inférieure du sillon rétro-auriculaire.

3° Autour du conduit, si l'on a soin de diriger la pression vers le conduit auditif.

En même temps que ces phénomènes de lymphangite, qui ne diffèrent pas en somme de la lymphangite réticulaire ordinaire, les ganglions mastoïdiens participent plus ou

moins à l'inflammation : on trouve presque toujours, dès le début, un ganglion tuméfié, doublé ou triplé de volume, dur ou rénitent, douloureux à la pression, mobile sur les parties profondes et roulant sous le doigt.

Plusieurs ganglions voisins peuvent être envahis successivement ou simultanément, et présenter les mêmes caractères.

Si l'affection doit se terminer par résolution, celle-ci se produit du 4^e au 5^e jour. La plaque rosée pâlit progressivement, le gonflement s'affaisse, l'œdème disparaît et tout rentre dans l'ordre. Cependant il n'est pas rare que la tuméfaction ganglionnaire persiste quelque temps après la lymphangite.

Si la lymphangite passe à la suppuration, la teinte rouge au lieu de s'atténuer se fonce de plus en plus, devient lie de vin ou violacée, des phlyctènes purulentes ou de petits abcès intra-dermiques s'ouvrent au dehors. Mais la forme la plus fréquente de suppuration est l'abcès circonscrit unique; formé au point central du gonflement, cet abcès lymphangitique présente une forme arrondie et se vide bientôt à l'extérieur donnant issue à du pus crémeux, bien lié, franchement phlegmoneux : il se cicatrise en général rapidement.

Les ganglions enflammés que l'on sent derrière la lymphangite peuvent participer à la suppuration.

3^e Adéno-phlegmon mastoïdien.

La suppuration s'annonce par un grossissement plus mar-

qué des ganglions : ceux-ci jusque-là renittents et mobiles, se ramollissent peu à peu en même temps qu'ils se fixent et font corps avec le tissu cellulaire ambiant.

La région mastoïdienne présente alors un gonflement mal circonscrit, mou, œdemateux, l'empâtement est net, superficiel, franchement phlegmoneux ; son maximum se trouve en avant de la pointe de l'apophyse mastoïde, et, caractère important au point de vue du diagnostic, il est le plus souvent indépendant du sillon rétro-auriculaire qui est conservé, il n'empiète jamais sur le pavillon de l'oreille. Bientôt la peau est soulevée, est ou assiste à la formation de l'abcès ; le tissu cellulaire suppurant en même temps que le ganglion, la fluctuation devient rapidement évidente ; l'adéno-phlegmon est constitué. La peau se distend de plus en plus, s'amincit parfois jusqu'à laisser voir le pus par transparence, et si on ne lui donne pas issue par l'incision, la suppuration ne tarde pas à se faire jour au dehors.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Dans ce dernier chapitre nous discuterons le diagnostic dans les cas suivants :

- 1° Le furoncle est seule en cause;
- 2° La lymphangite périauriculaire complique le furoncle;
- 3° Il y a un adéno-phlegmon mastoïdien;
- 4° Nous terminerons par la discussion de quelques cas complexes où l'existence d'une otorrhée vient accroître les difficultés.

I. — *Furoncle simple.*

Le diagnostic de furoncle du conduit auditif externe, sans complication de lymphangite et d'adéno-phlegmon mastoïdien, est en général facile : l'eczéma antérieur, le début brusque et récent des douleurs, la douleur vive à la pression en avant du tragus et à la traction du pavillon sont des

signes de grande probabilité, presque de certitude; il est cependant indispensable de constater dans le conduit la présence d'une tumeur acuminée. Or, deux cas peuvent se produire : le furoncle siège dans le 1/3 externe du conduit, et alors l'inspection directe le fait constater; ou il siège profondément, et n'est pas accessible à la vue.

Dans le premier cas, la vue d'une tumeur acuminée à sommet blanchâtre complète la triade symptomatique que nous avons étudiée précédemment et le diagnostic s'impose, surtout, si l'on ne constate pas d'écoulement purulent par le conduit.

L'observation suivante résume assez bien les symptômes ordinaires du furoncle simple.

OBSERVATION I (PERSONNELLE).

Furôcles du conduit. — Guérison en cinq jours.

Mar... Henriette, 4 mois, est amenée à la consultation externe de l'hôpital Trousseau le 28 mai 1895 parce qu'elle souffre de l'oreille gauche.

L'enfant, né à terme, est bien conformé et n'a pas fait de maladies. Le ventre est légèrement ballonné. Un peu d'impétigo du cuir chevelu. Pas d'adénite.

Depuis cinq jours, l'enfant pleure souvent, porte sans cesse sa main à son oreille, le sommeil est agité, elle abandonne vite le biberon qui semble réveiller ses douleurs; selles diarrhéiques depuis 2 jours. Le pavillon, le sillon rétro-auriculaire, la région mastoïdienne ont une coloration normale, et ne présentent pas de traces d'eczéma ni d'exco-riations.

Le conduit auditif semble sain, il est perméable et ne présente pas d'écoulement.

En regardant plus attentivement on voit, à un centimètre de l'entrée du conduit, dans sa partie postéro-inférieure,

deux petites élevures, peu accusées, plus rouges que les parties environnantes. A leur niveau le simple, contact d'un stylet provoque les cris de l'enfant. Même résultat quand on appuie en avant du tragus. On ne sent pas de ganglions péri-auriculaires. La région située en arrière du lobule est indolore. Une très légère traction du pavillon en arrière et en haut fait crier le petit malade. L'expérience est répétée plusieurs fois avec succès par M. Broca. La traction de l'oreille opposée le laisse indifférent.

Instillation, dans le conduit, de glycerine phéniquée au 1/40°.

30 mai. — L'enfant a dormi. La traction du pavillon et la pression du tragus sont moins douloureuses.

3 juin. — Guérison complète sans suppuration.

Si, au contraire, le furoncle siège profondément, et nous savons qu'il occupe souvent la paroi postéro-supérieure près de la membrane du tympan. Il est parfois difficile de le reconnaître (Obs. XVIII, XIX).

Deux cas peuvent encore se présenter :

1° Il n'y a pas d'écoulement purulent par le conduit.

2° Il y a un écoulement purulent.

Dans le premier cas, le doute n'est guère permis, la plupart des autres affections du conduit s'accompagnant d'un écoulement purulent.

Dans l'herpès et l'eczéma, au début, le conduit est ordinairement sec et enflammé, mais les lésions sont toujours multiples et on peut voir une ou plusieurs vésicules qui ne rappellent en rien la tumeur furonculaire : à une période plus avancée de leur évolution, ces affections s'accompagnent d'une otorrhée abondante.

Peut-on confondre le furoncle avec une exostose ? celle-ci est rare, siège au tiers moyen, est le plus souvent unique, et peut, par son développement, oblitérer complètement le conduit. Mais c'est une tumeur unie, arrondie, à large base d'implantation, à coloration rosée ; elle se distinguera du furoncle par sa dureté caractéristique, sa coloration, l'absence presque totale de réaction inflammatoire et de douleur au contact d'un stylet.

Si le furoncle s'accompagne d'otorrhée, il faudra le distinguer des polypes, de l'otite externe ou moyenne, de la mastoïdite s'accompagnant de chute de la paroi.

Les polypes de l'oreille ont rarement leur point d'implantation sur le conduit ; cependant on en rencontre parfois sur la paroi postéro-supérieure : ils s'accompagnent fréquemment d'un écoulement fétide, souvent sanguinolent. Leur surface est lisse et arrondie ou granuleuse et framboisée. La consistance plus ferme du furoncle, son sommet blanchâtre, son exquise sensibilité, l'absence d'écoulement sanguinolent, le distingueront suffisamment.

L'otite externe aiguë donne lieu à une vive réaction inflammatoire et peut simuler le furoncle : la peau est rouge, douloureuse, gonflée. Ce gonflement peut atteindre des proportions considérables et déterminer une atrésie plus ou moins complète du conduit. Mais dans l'atrésie d'origine furonculeuse, le canal prend la forme d'une fente en croissant dont la concavité est tournée du côté de la tumeur : dans l'otite externe, au contraire, le gonflement est uniforme et le conduit effacé sur tout son pourtour. Enfin, si ce gonflement n'est pas très considérable, l'examen otoscopique montre les parties profondes du conduit et le tympan d'un

rouge foncé; il y a, en effet, myringite en même temps qu'otite externe.

OBSERVATION II (PERSONNELLE).

Furoncle du conduit. — Eczéma. — Guérison.

Dun..., Alexandre, 14 ans, vient à la consultation externe de l'hôpital Trousseau, le 7 février 1894.

Les antécédents héréditaires n'offrent rien à signaler.

Antécédents personnels. — A eu la scarlatine il y a 6 ans.

Il y a deux mois, croûtes d'eczéma sur les deux oreilles s'accompagnant de légères douleurs. Pansements à la vaseline boriquée; les croûtes disparaissent à peu près complètement au bout d'un mois.

Vives douleurs depuis 4 jours dans les deux oreilles; les souffrances devenues plus violentes, ayant causé une insomnie complète la nuit dernière, l'enfant vient à la consultation.

7 février. — Actuellement, il existe encore quelques croûtes eczémateuses sur le pavillon gauche; mais elles sont plus nombreuses du côté droit. Le conduit auditif du même côté effacé par une tuméfaction de la paroi antérieure, laisse écouler un peu de pus. Le malade n'accuse aucune

douleur, quand on appuie sur la région mastoïdienne ; mais la pression du tragus provoque des deux côtés une douleur excessivement vive, ainsi que la traction, même légère du papillon de l'oreille droite. On sent un ganglion douloureux situé un peu bas dans l'angle mastoïdo-maxillaire droit.

Tous les matins, lavages à l'eau boriquée et au sublimé tiède, suivis d'intillation de glycérine phéniquée à 1/20^e.

Guérison complète en six jours.

Si le furoncle s'accompagne d'une otorrhée assez abondante ou même légère, on pourra penser à une otite moyenne.

L'examen du conduit montrera une perforation du tympan, s'il y a otite moyenne. Mais cette perforation elle-même n'est pas toujours facile à constater ; elle peut être petite, marginale, comblée par du pus concrété ; parfois un polype de l'oreille moyenne venant s'y enchâsser la rendra difficilement appréciable ; il sera indispensable alors de rechercher les points douloureux constants dans la furonculose, car ils fournissent un ensemble de symptômes qui n'existe pas dans l'otite moyenne ; le peu d'abondance de l'écoulement, la présence d'un eczéma sur le pavillon, feront encore incliner le diagnostic vers le furoncle.

Mais la constatation certaine de l'une de ces deux affections ne devra pas faire éliminer l'autre. Leur coïncidence n'est pas rare et le diagnostic peut devenir, par ce fait, d'une extrême difficulté, comme nous le verrons à la fin de ce chapitre, en discutant les observations où ces deux affections coexistaient.

OBSERVATION III (PERSONNELLE).

Furonculose du conduit auditif. — Eczéma.

Marthe Na..., 22 mois (Consultation externe du 7 février 1894).

Antécédents personnels. — Il y a deux mois, a eu des brûlures légères à la face, actuellement guéries; d'autres plus accentuées au bras pour lesquelles on la soigne encore.

La brûlure ayant intéressé le pavillon de l'oreille droite, il se forma une phlyctène qui fut incisée.

Il y a trois jours, elle ressentit pour la première fois des douleurs dans l'oreille droite; la nuit les douleurs sont plus vives et empêchent l'enfant de dormir.

7 février. — Il reste actuellement des croûtes eczéma-teuses sur le pavillon droit. Ecoulement purulent par le conduit. En bas et en arrière, on voit une tuméfaction blanche au sommet.

Les cris de l'enfant s'exagèrent quand on appuie sur le tragus, ou si l'on exerce une traction sur le pavillon de l'oreille.

Rien à l'oreille gauche.

Lavages au sublimé et instillations de glycérine phéniquée au 1/20^e.

Diagnostic confirmé.

L'enfant, revue le 21 février, est complètement guérie.

OBSERVATION IV (PERSONNELLE).

Furoncle du conduit simulant une mastoïdite.

Cle..., Antoine, 7 ans, entré à l'hôpital Trousseau, salle Denonvilliers, le 11 mai 1894.

Antécédents héréditaires. — Père souffre de la poitrine. Mère épileptique.

Antécédents personnels. — Convulsions dans la première enfance. Bronchites à répétition dont la dernière il y a quinze jours.

Rougeole il y a 10 jours soignée à Trousseau.

État actuel. — L'oreille droite est douloureuse, la pression sur le tragus jusqu'au condyle en haut et dans toute l'étendue de la parotide réveille la douleur. En arrière du pavillon, sur une étendue de un centimètre tout autour de la conque, la pression est également douloureuse.

La tête est inclinée à droite et le sterno-cléido-mastoidien légèrement contracturé.

Pas d'otorrhée. L'examen du conduit est négatif.

Depuis quelques mois, l'état général est mauvais.

Amaigrissement et inappétence.

Instillation de glycérine phéniquée.

18 mai. — Amélioration considérable. La pression sur la région mastoïdienne n'est plus douloureuse.

Le petit ganglion, situé au-devant de la pointe de l'apophyse, est indolent.

Le lendemain de son entrée à l'hôpital, la température atteignait 38°. Les jours suivants, elle redevient normale.

Il est un symptôme que l'on rencontre assez fréquemment dans la mastoïdite, alors même qu'il n'y a pas de tuméfaction extérieure ; c'est la chute du conduit : ce signe, bien constaté, est pathognomonique de la suppuration des cellules mastoïdiennes. Mais, dans certaines circonstances, il peut lui-même se différencier difficilement du furoncle siégeant sur la paroi postéro-supérieure du conduit.

Ce sont, en effet, deux tumeurs à base large, siégeant au même point, de mêmes dimensions ; mais tandis que le furoncle est acuminé à son sommet, parfois blanchâtre, la chute de la paroi présente une surface uniformément arrondie et rosée : le furoncle est souvent multiple, la chute est toujours unique ; de plus, le premier est très douloureux au contact, tandis que la tumeur résultant de la suppuration des cellules limitrophes est presque inolente. Si à ces caractères nous ajoutons ceux que nous avons décrits pour le furoncle : douleur à la pression du tragus, à la traction du pavillon, indolence de l'apophyse mastoïde. On pourra affirmer le diagnostic.

Enfin si l'on intervient du côté de la petite tumeur, la

présence d'un point osseux dénudé au fond de l'incision indique sûrement la suppuration mastoïdienne.

Dans certains cas, le diagnostic, en l'absence des signes habituels de la mastoïdite, a pu rester en suspens jusqu'au moment de l'intervention.

L'observation suivante, empruntée au Mémoire de A. Broca et Lubet-Barbon, nous montre combien le diagnostic est parfois difficile.

OBSERVATION V.

Mastoïdite cantonnée aux cellules limitrophes. — Trépanation. — Fistule. — (Broca et Lubet-Barbon, Les suppurations de l'apophyse mastoïde et leur traitement, p. 64).

Loph..., 46 ans, facteur, se présente à la clinique se plaignant de douleurs dans l'oreille gauche. Depuis quelques jours, insomnies; quelques frissons, langue blanche, écoulement peu abondant.

On trouve une petite vésicule sur la partie postéro-supérieure de la membrane et en ce point on fait une paracentèse qui soulage le malade pendant quelques jours.

5 mai 1893. — Le malade a beaucoup souffert; écoule-

ment peu abondant, petite perforation, nouvelle paracentèse.

13 mai. — Ecoulement peu abondant, peu de douleurs.

25 mai. — La douche d'air provoque la sortie d'une petite quantité de pus par la perforation.

27 mai. — Douche d'air.

30 mai. — Le malade a beaucoup souffert; on trouve sur la paroi postéro-supérieure du conduit un gonflement douloureux au toucher qui est considéré comme un furoncle du conduit. Pas de manifestations apophysaires

1^{er} juin. — Gonflement œdémateux de tout le pavillon qui est porté en avant, mais pas d'empâtement du côté de l'apophyse qui n'est pas douloureuse à la pression. On incise ce qui est considéré comme un furoncle et un stylet introduit par le petit pertuis fait découvrir un petit point osseux dénudé, ce qui nous fait mettre en doute la furunculose : on fait une large incision par laquelle il sort quelques grammes de pus.

3 juin. — Dès le lendemain, il y a un grand soulagement : le malade a dormi, il sort encore du pus par l'incision et très peu par l'orifice de la perforation.

13 juin. — L'abcès est refermé, les douleurs sont revenues : on ouvre à nouveau dans le conduit. Amélioration.

1^{er} juillet. — Peu d'écoulement, peu de douleurs, mais léger empâtement de la région apophysaire. Il semble que notre malade ait eu dès le début une mastoïdite qui s'est ouverte dans le conduit par les cellules antérieures de la mastoïde. Nous avons pris un moment le gonflement du conduit pour de la furunculose en l'absence de manifestations apophysaires. Aujourd'hui, il n'y a plus de doute, nous nous décidons à faire la trépanation.

Elle est pratiquée le 18 juillet, Large incision au travers des tissus épaissis et lardacés, qui conduit sur un os largement dénudé. Grattage, évidemment de l'apophyse, décollement du périoste : on ne trouve pas les grandes cel-

lules de la pointe de l'apophyse et en ce point l'apophyse est éburnée ; c'est probablement là l'explication du peu de symptômes franchement apophysaires observés au cours de la maladie : l'inflammation venant de la caisse par l'aditus est restée cantonnée dans les cellules supérieures et antérieures de l'apophyse et s'est fait jour dans le conduit à la faveur de celles-ci.

Pansement à la gaze iodoformée. Pendant la semaine qui suit l'opération, les douleurs disparaissent complètement, l'appétit revient, le malade va mieux. Au bout de deux mois, il peut reprendre son service de facteur, malgré que la plaie ne soit pas fermée ; elle reste fistuleuse et encore aujourd'hui, fin décembre 1893, le stylet révèle un point osseux dénudé.

La persistance du trajet fistuleux fut, six mois plus tard, l'occasion d'une seconde intervention qui amena la guérison.

II. — *Lymphangite péri-auriculaire.*

La lymphangite péri-auriculaire non compliquée d'adéno-phlegmon, dans laquelle on sent seulement quelques ganglions roulant sous le doigt, pourrait être confondue avec l'érysipèle : mais celui-ci se localise rarement à la région mastoïdienne seule ; il présente en outre des caractères particuliers qui permettront de le reconnaître.

La lymphangite rétro-auriculaire a un siège plus précis : elle débute en arrière du lobule dans le triangle mastoïdo-maxillaire ; à ce niveau on sent le ganglion mastoïdien tuméfié et douloureux ; le pavillon de l'oreille est ordinairement respecté.

Il en est tout autrement pour l'érysipèle, ici, le pavillon est envahi, le gonflement et l'œdème sont très marqués, la région mastoïdienne et le pavillon atteints par le gonflement parfois considérable se recouvrent souvent de phlyctènes, d'abord remplies d'un liquide clair qui devient vite séropurulent : ces phlyctènes ne se rencontrent presque jamais dans la lymphangite simple.

Les autres caractères particuliers de l'érysipèle, bords festonnés formant bourrelet appréciable au doigt et à la vue au-dessus des parties voisines, teinte plus foncée de l'in-

flammation, ne diffèrent pas de l'érysipèle des autres régions. Un signe a été donné par Vidal ; le godet d'œdème qui se produit par la pression présenterait une teinte blanc mat dans la lymphangite, jaunâtre au contraire dans l'érysipèle ; enfin les phénomènes généraux sont ordinairement plus graves dans l'érysipèle et la température plus élevée.

C'est surtout avec les suppurations intra-mastoïdiennes que la lymphangite accompagnant le furoncle demande à être différenciée. Le diagnostic, parfois relativement facile, peut, dans certains cas, présenter des difficultés presque insurmontables.

Dans ces cas, l'examen le plus attentif des antécédents et des symptômes est indispensable. Nous allons résumer brièvement d'après Broca les symptômes de la mastoïdite ; ils nous sera alors facile de relever les signes différents dans chaque affection.

Deux cas peuvent se présenter :

1° La suppuration est encore incluse dans les cellules mastoïdiennes et la coque osseuse extérieure est intacte.

2° Le pus a fait irruption dans les parties molles de la région mastoïdienne ; il y a abcès mastoïdien rétro-auriculaire.

Nous étudierons cette seconde variété au diagnostic de l'adéno-phlegmon.

La suppuration mastoïdienne débute au cours d'une otite moyenne : elle s'annonce par une aggravation rapide de l'état général ; frissons répétés, température élevée atteignant parfois 40°. Les douleurs qui accompagnent l'otite moyenne ont parfois cédé au moment de la perforation du

tympan; il est rare qu'elles ne soient pas réveillées par l'envahissement des cellules.

La douleur est alors sourde, continue avec exacerbations nocturnes, elle est fixe en arrière du conduit auditif, mais elle s'irradie fréquemment vers le cou, la face, la nuque et l'occiput. Politzer a signalé les douleurs irradiées dans le maxillaire et l'épaule du côté malade. La mastication est souvent pénible; la phonation elle-même peut être entravée; les mouvements de la tête sont quelquefois gênés; on rencontre certaines formes de torticolis rappelant ceux que l'on constate dans l'adénite cervicale.

La rotation de la tête est rare; on note plus souvent une inclinaison du côté malade.

La douleur est exagérée par la pression, surtout au niveau de la *linea temporalis* (Schwartz). Pour Politzer, la constatation d'un point très douloureux indiquerait le siège de l'abcès.

A mesure que le pus se collecte dans les cellules mastoïdiennes la peau devient chaude, épaisse, peu mobile. C'est l'œdème qui apparaît le premier, puis, la rougeur et le gonflement; la pression du doigt provoque la formation d'un godet. Cet œdème peut rester localisé à la région mastoïdienne; mais presque toujours il envahit le pli rétro-auriculaire, l'efface et projette en avant le pavillon de l'oreille.

En même temps que ces signes, on constate la persistance ou la diminution de l'écoulement auriculaire qui peut même se tarir. L'examen otoscopique montrera le plus souvent la perforation tympanique par laquelle s'écoule le pus; cet examen peut encore faire découvrir un symptôme qui bien

constaté tranchera immédiatement le diagnostic en faveur de la mastoïdite; c'est la chute de la paroi postéro-supérieure du conduit, dont nous avons déjà donné les caractères.

La suppuration mastoïdienne s'accompagne, nous l'avons vu, d'un état général assez grave; dans la lymphangite, au contraire, il est rare que les symptômes généraux soient très intenses; la température qui atteint souvent 40° dans la première affection dépasse rarement 39° dans la seconde.

L'étude attentive de la douleur présente aussi des indications précieuses. Dans la mastoïdite le malade souffre depuis longtemps, alors même qu'il n'a pas eu déjà d'écoulement purulent par le conduit auditif, les lésions antérieures d'otite moyenne se sont toujours manifestées par des symptômes douloureux; en un mot, la douleur précède les phénomènes d'inflammation locale.

Dans la lymphangite, la douleur commence en même temps que celle-ci se produit; tout au plus peut-elle le précéder de quelques jours si la lymphangite est d'origine furonculaire.

La douleur est profonde dans la mastoïdite, elle est plus superficielle dans la lymphangite. Les irradiations bien qu'étant les mêmes dans les deux cas sont ordinairement plus étendues dans le premier.

Mais la douleur à la pression diffère absolument : exercée bien perpendiculairement à l'apophyse mastoïde, elle est très pénible dans toute l'étendue de l'os, en cas de mastoïdite, généralement elle est plus accusée vers la base de l'apophyse.

Dans la lymphangite, la souffrance est à peu près nulle,

si la pression s'exerce en dehors de la zone d'inflammation : de plus, trois points d'élection sont toujours douloureux.

1° Sur le ganglion pré-auriculaire.

2° Sur les ganglions mastoïdiens.

3° Derrière le lobule en dirigeant la pression du doigt vers le conduit.

La tuméfaction diffère aussi dans les deux affections ; elle est plus marquée, plus superficielle, plus phlegmo-neuse, plus diffuse dans la lymphangite ; on sent souvent des ganglions tuméfiés roulant sous le doigt ; le sillon rétro-auriculaire est rarement envahi et le pavillon a conservé sa forme normale.

Dans la mastoïdite, il y a moins de rougeur, on sent plutôt un empâtement faisant dès le début corps avec l'os ; le sillon peut être effacé et le pavillon projeté en avant.

Enfin, l'examen otoscopique montrera presque toujours, dans la mastoïdite, le tympan perforé et parfois la chute de la paroi postéro-supérieure du conduit auditif.

Ces différents signes sont résumés dans le tableau suivant :

Mastoïdite.	Lymphangite rétro-auriculaire.
État général grave.	Bon état général.
Température atteint 40° au début.	Température 38 à 39°.
Douleurs plus anciennes que symptômes locaux.	Douleurs débutent en même temps que rougeur.
Douleur superficielle.	Douleur profonde.
Irradiations douloureuses étendues.	Irradiations moins étendues en avant de la pointe de l'apophyse.
Gonflement et douleurs vers la base de l'apophyse.	
Tympan perforé.	Tympan normal.
Chute de la paroi postero-supérieure du conduit auditif externe.	Pas de chute de la paroi.

OBSERVATION VI (PERSONNELLE).

Impétigo de l'oreille. — Lymphangite rétro-auriculaire.

Tou..., Julien, âgé de 7 ans, vient à la consultation externe de l'hôpital Trousseau, le 15 mai 1895.

Parents vivants en bonne santé.

Un frère mort de méningite à l'âge de 6 ans.

Rougeole à 4 ans. Vers la même époque eut des croûtes dans les cheveux, et un écoulement par l'oreille gauche qui dura un mois.

Il y a quinze jours, nous dit la mère, que l'oreille gauche est redevenue malade. Il y avait, au début, sur le pavillon, de petits vésicules remplies d'un liquide jaune clair, qui se sont rompues et n'ont pas tardé à se recouvrir de croûtes qui existent encore. Depuis 3 jours l'enfant accuse des douleurs plus vives, la mastication est pénible; de la rougeur s'étant manifestée derrière l'oreille, il est amené à la consultation.

Il existe actuellement des croûtes impétigineuses, les unes jaunes, d'autres plus foncées sur le lobule, et la partie postéro-inférieure du pavillon: l'entrée du conduit est rouge;

on constate inférieurement une excoriation recouverte d'une croûte noirâtre.

Quelques croûtes sur la face postérieure du pavillon et dans la partie supérieure du sillon rétro-auriculaire, qui n'est pas effacé. — Au-dessous et en arrière du lobule, dans l'angle maxillo-mastoidien, la peau est rosée et un peu oedématiée.

Le gonflement et la rougeur se continuent en arrière sur la partie inférieure de l'apophyse mastoïde.

La pression du doigt à la base de l'apophyse n'est pas douloureuse; au contraire, douleur assez vive, en avant de la pointe de l'apophyse. Un peu d'empâtement et de douleur à la pression en avant du tragus sans changement de coloration de la peau.

La traction du pavillon est peu pénible.

Lavage boriqué. Instillation de glycérine phéniquée dans le conduit.

L'enfant n'est pas revenu se faire panser.

OBSERVATION VII (PERSONNELLE).

Furonculose du conduit auditif. — Lymphangite péri-auriculaire. — Guérison.

Lav..., Maurice, 3 ans, est conduit à la consultation externe de l'hôpital Trousseau, le 21 avril 1894.

Antécédents personnels. — Douleurs, il y a un an, dans l'oreille droite, suivies d'un écoulement de pus qui dura 4 jours.

L'affection dont il souffre actuellement a débuté, il y a quinze jours, par de vives souffrances dans l'oreille droite; douleurs spontanées, plus fortes la nuit, rendant le sommeil impossible.

Il y a 8 jours, sur le conseil d'un médecin, on commença à faire 5 ou 6 fois par jour des lavages à l'eau boriquée et à l'eau de guimauve; mais l'enfant continua à souffrir, surtout la nuit.

En raison du gonflement rétro-auriculaire apparu, un chirurgien des hôpitaux conseille la trépanation de l'apophyse.

État actuel. — Le pavillon et l'entrée du conduit ne présentent rien de particulier. L'inspection du conduit montre la paroi antéro-supérieure soulevée par une bosselure accusée, blanchâtre au sommet; en arrière le conduit est œdémateux et oblitéré; on voit un peu de pus.

Gonflement rouge et œdémateux en avant du tragus. Mêmes symptômes, mais moins accusés en arrière du lobule.

La région mastoïdienne est envahie par un œdème, à teinte rosée ayant son maximum dans le sillon rétro-auriculaire.

La douleur provoquée est très vive en deux points: 1° au contact du stylet sur la bosselure du conduit; 2° à la pression du doigt en avant du tragus, elle est moins accusée sous le lobule; elle est nulle dans le reste du conduit et sur l'apophyse mastoïde, sauf si on dirige la pression vers le conduit.

La traction sur le pavillon est très douloureuse. Ce signe se constate d'autant mieux que l'enfant est d'une docilité absolue.

Le conduit est nettoyé avec des tampons boriqués et instillé à la glycérine phéniquée à 1/20°.

La nuit suivante l'enfant dort bien.

Revu le lendemain : l'enfant a pu dormir, la douleur à la pression est moins marquée.

Guérison complète en 5 jours.

OBSERVATION VIII (PERSONNELLE).

Furoncle du conduit. — Lymphangite et adénite mastoïdienne. — Guérison.

Le nommé Olivier B..., 28 ans, vient à la consultation du Bureau central le 19 février 1894, atteint d'un écoulement purulent de l'oreille droite.

L'affection a débuté il y a quinze jours par des démangeaisons bientôt suivies de douleurs vives et spontanées, plus accentuées la nuit, qui l'empêchent de dormir. L'oreille coule abondamment depuis huit jours, et les douleurs ont diminué d'intensité.

Actuellement, l'otorrhée persiste. Le pavillon est normal. On constate, à la partie postéro-inférieure du conduit, une tuméfaction rouge, douloureuse à la pression avec le

style; légèrement acuminée, présentant à son sommet une tache blanchâtre, laissant écouler un peu de pus.

La région rétro-auriculaire est un peu œdémateuse et douloureuse à la pression. Dans l'angle mastoïdo-maxillaire, on sent un ganglion de la grosseur d'une noisette, mobile sous la peau et un peu douloureuse. La souffrance est beaucoup plus vive quand on appuie en avant du tragus. On provoque un peu de douleur en pressant sur le sillon rétro-auriculaire, mais la région mastoïdienne est à peu près indolore. La traction du pavillon est douloureuse. Nettoyage du conduit avec tampons d'ouate et eau boricuée. Glycérine phéniquée au 1/20^e dans l'oreille.

21 février.— Le traitement a produit beaucoup de soulagement. Le malade a bien dormi. L'œdème et la rougeur du sillon rétro-auriculaire ont disparu. Les ganglions sont à peine sensibles et peu douloureux à la pression. Le conduit est complètement dégonflé.

Nouveau pansement à la glycérine phéniquée.

Guérison en quatre jours.

OBSERVATION IX (PERSONNELLE).

Furoncle du conduit auditif externe. — Lymphangite légère.

Van..., Gustave, 13 ans. — 30 août 1894.

Antécédents héréditaires. — Sa sœur, âgée de 18 ans,

est guérie depuis deux mois d'une otorrhée qui durait depuis trois mois.

Accidents personnels. — L'enfant n'a jamais été malade, mais il est sujet aux migraines et à la constipation. Depuis plusieurs mois, il est atteint d'une surdité intermittente de l'oreille droite. Il y a cinq jours qu'il souffre de cette oreille, notamment pendant la mastication. Otorrhée légère.

Actuellement, on trouve un peu de pus au fond du conduit auditif. Il existe un seul point douloureux immédiatement en bas et en arrière de la conque, dans le sillon rétro-auriculaire, s'accompagnant d'un très léger gonflement.

Instillations de glycérine phéniquée.

L'enfant, très amélioré le lendemain, a cessé au bout de deux jours de venir à l'hôpital.

OBSERVATION X (PERSONNELLE).

Furoncle de l'oreille gauche, avec lymphangite.

Juliette Gu..., 12 ans.

Père rhumatisant.

Antécédents personnels. — Rien à signaler.

Il y a deux mois, premiers signes de surdité du côté gauche, apparaissant sans douleur, sans fièvre, sans otorrhée.

Depuis huit jours, douleurs vives dans l'oreille gauche; deux jours après, écoulement épais, mais peu abondant.

Etat actuel. — On constate un gonflement notable du pavillon et de l'entrée du conduit auditif externe. Il existe une tuméfaction légère des parties avoisinant le tragus. L'enfant accuse des douleurs vives, spontanées. Elles deviennent très intenses si on appuie en avant du tragus, et en arrière du lobule au niveau des ganglions mastoïdiens. La traction du pavillon est également douloureuse. L'apophyse mastoïde paraît absolument indemne, la pression n'y éveille aucune douleur; les téguments sont normaux. Le sillon rétro-auriculaire est conservé.

L'examen du conduit le montre rempli d'un pus épais mélangé à des débris épidermiques.

Le conduit nettoyé, il est impossible d'apercevoir le furoncle. Mais l'exploration avec le stylet montre qu'il existe un point douloureux situé assez profondément.

Traitement. — Le conduit, préalablement nettoyé avec le stylet boutonné de ouate, est rempli de glycérine phéniquée.

27 janvier. — Le lendemain, les douleurs ont bien diminué. Seule, la pression au niveau du tragus et en avant de la pointe de la mastoïde, est encore un peu douloureuse.

Le furoncle est visible sur la paroi antero-inférieure du conduit.

Guérison en cinq à six jours.

OBSERVATION XI (PERSONNELLE).

*Furonculose du conduit auditif externe avec lymphangite
pré et retro-auriculaire. — Guérison.*

Hoe..., Julia, 7 ans. — Consultation externe de l'hôpital
Trousseau du 19 mars 1894.

Se plaint de douleurs dans l'oreille droite depuis quatre
jours. A été soignée par des applications de teinture d'iode,
des injections intra-auriculaires d'eau tiède et des panse-
ments de vaseline boriquée. Tout restant inactif, la douleur
augmentant, l'enfant est amenée à la consultation.

État actuel. — La pression sur la pointe de l'apophyse
mastoiide ne réveille aucune douleur. Au contraire, celle-ci
est très vive si on appuie en avant de l'apophyse sur les
parties molles du pli rétro-auriculaire. A la partie inférieure
de ce pli, on sent un ganglion dur roulant sous le doigt. La
traction sur le pavillon et la pression sur le tragus sont éga-
lement douloureuses. Ce dernier est recouvert d'une croûte
eczémateuse.

Le ganglion pré-auriculaire est tuméfié et sensible à la
pression.

Le conduit auditif étant nettoyé avec des tampons imbi-
bés d'eau boriquée, on découvre le sommet du furoncle à la

partie antéro-inférieure et dans la région inférieure de ce conduit.

Instillations de glycérine phéniquée au 1/20°.

20 mars. — Amélioration notable. Une légère douleur persiste encore à la pression sur le tragus. On recommence les instillations tous les matins.

La guérison est complète en six jours.

III. — *Adéno-phlegmon sans lymphangite diffuse.*

La suppuration mastoïdienne d'abord cantonnée dans les cellules de l'apophyse peut franchir ces limites et se diffuser dans les parties molles par une véritable trépanation spontanée de la coque osseuse.

Si ces phénomènes doivent se produire, l'œdème augmente, la peau s'empâte de plus en plus, devient rouge et même violacée; bientôt apparaît au centre de la tuméfaction une saillie arrondie plus ou moins volumineuse pouvant atteindre la grosseur d'un œuf. La fluctuation est alors perceptible et devient de plus en plus superficielle; le sillon est complètement effacé et le pavillon très décollé. La pression lente et méthodique sur cette tumeur fait dans certains cas refluer le pus qui s'écoule par l'oreille. J.-L. Petit a signalé la tension plus considérable de l'abcès au moment des efforts.

Si la collection siège vers la base de la mastoïde le pus tend à fuser vers la région temporale; il peut même envahir le pavillon et la partie supérieure du conduit; la fluctuation peut alors se propager d'un point à l'autre. Si, au contraire, elle siège à la pointe, elle est plus circonscrite et le sillon est

ordinairement conservé. Dans ces cas l'abcès d'origine mastoïdienne peut être confondu avec l'adéno-phlegmon, et réciproquement.

Si la collection s'est montrée à la base de la mastoïde, au-dessus du conduit, l'erreur n'est pas possible, car l'abcès mastoïdien seul peut débiter en ce point. L'origine de l'adéno-phlegmon doit toujours être recherchée en avant de la pointe de l'apophyse.

Au contraire, si l'abcès mastoïdien siège vers la pointe ou la partie moyenne de l'apophyse, le diagnostic devient d'une grande difficulté, il est quelquefois même impossible avant l'incision ; dans ce cas, le sillon rétro-auriculaire peut être envahi, mais son indépendance est toujours plus marquée dans l'adéno-phlegmon. Il est évident que si la pression fait sortir le pus par le conduit, si on constate la chute de la paroi postéro-supérieure, et la perforation du tympan, s'il y a une otorrhée ancienne, ces symptômes indiqueront presque sûrement une mastoïdite.

Mais tous peuvent manquer. Le début par des ganglions tuméfiés, douloureux, roulant sous le doigt, indique une adénite antérieure. On recherchera attentivement s'il n'existe pas dans le territoire lymphatique de la région mastoïdienne et surtout dans le conduit auditif externe, une porte d'entrée pour l'infection ; si on ne trouve rien, il sera parfois impossible d'éviter l'erreur.

Dans ce cas, après incision faite, on explorera attentivement au stylet l'os sous-jacent, et le diagnostic de mastoïdite pourra se confirmer par la constatation d'un point osseux dénudé.

Dans les observations suivantes, il fut facile de trouver

la porte d'entrée des germes infectieux dans des excoriations du pavillon (Obs. XII), dans un eczéma aigu (Obs. XIII), dans un ecthyma (Obs. XIV).

OBSERVATION XII (PERSONNELLE).

Excoriations du pavillon. — Contusion. — Adéno-phlegmon mastoïdien. — Incision. — Guérison.

Fi., Robert, entre à la salle Denonvilliers, le 1^{er} février 1894.

La mère est scrofuleuse, un frère et une sœur en bonne santé.

Rougeole à deux ans et demi.

Il y a cinq mois, il reçut, en jouant, un coup de pied sur l'oreille qui était alors couverte d'excoriations. Quelques jours après, la mère remarquait un gonflement rétro-auriculaire.

État actuel. — Pas d'otorrhée. Le pavillon est soulevé et ramené en avant par une tumeur rouge, douloureuse, nettement fluctuante à sa partie postérieure.

Le pli rétro-auriculaire est effacé.

Quelques excoriations sur le tragus et dans le sillon à son angle supérieur.

2 février. — Incision simple. L'apophyse mastoïde soigneusement explorée ne montre pas d'os dénudé.

6 février. — 1^{er} pansement. La plaie est en bon état ; peu de pus. Nettoyage et tamponnement peu serré à la gaze idoformée.

10 février. — La plaie bourgeonne bien.

13 février. — La plaie se réduit maintenant à une couche de bourgeons superficiels que l'on cautérise. Le conduit auditif est très sec.

17 février. — La plaie a un peu suppuré. — Cautérisation des gros bourgeons.

20 février. — La plaie est maintenant linéaire, sans pus. L'enfant sort complètement guéri.

OBSERVATION XIII (PERSONNELLE).

Eczema aigu du pavillon. — Adéno-phelgmon mastoïdien.

Incision. — Guérison.

Bon..., Georgette, 4 ans et demi, entrée à l'hôpital Trousseau, le 22 octobre 1894.

La mère a eu de l'otorrhée à plusieurs reprises dans son enfance.

Antécédents personnels. — Bronchite et coqueluche à 19 mois, a toujours toussé depuis.

L'état général est cependant bon.

Atteinte de vaginite il y a 9 mois, elle fut soignée à l'hôpital où elle contracte la rougeole.

A sa sortie, il y a 8 mois, elle s'enfonce une perle dans l'oreille, qui est extraite par des injections forcées.

Il y a 8 à 10 jours, apparaît de la gourme au pavillon, sans otorrhée. Depuis 3 jours, la mère s'est aperçue du gonflement; l'enfant ne mange plus. Les douleurs sont assez marquées depuis 8 ou 10 jours; elles ont été moins intenses la nuit dernière.

Actuellement l'oreille droite est légèrement rabattue en avant par le gonflement mastoïdien. Ce gonflement s'étend sur une hauteur de 10 centimètres sur une largeur de 4 à 5 centimètres. Il existe un peu de tuméfaction préauriculaire.

Toute la région péri-auriculaire avoisinant le conduit est douloureuse. La tuméfaction rétro-auriculaire soulève le sillon dans sa moitié inférieure; elle est rouge et œdémateuse.

22 octobre. — Incision curviligne de 4 centimètres de longueur en arrière du sillon. Il sort une très petite quantité de pus.

Pansement à la gaze iodoformée.

Température. — Le jour de l'opération, la température était à 38° 4 : elle monte brusquement à 49° 3 puis, redescend à 38°. Le 3^e jour elle est à 37° 5 et se maintient dès lors normale.

2 décembre. — Exeat, guérie.

OBSERVATION XIV (PERSONNELLE).

Ecthyma. — Adéno-phlegmon mastoïdien gauche. — Incision. — Guérison.

Vio..., Gaston, 7 ans, conduit à la consultation externe de l'hôpital Trousseau le 2 janvier 1894, a commencé à souffrir de l'oreille il y a 12 jours.

Six jours après, de la rougeur et du gonflement se montrèrent derrière l'oreille.

Il existe aujourd'hui une tuméfaction de la grosseur d'une noisette siégeant derrière le lobule en partie sur la partie inférieure de la région mastoïdienne et descendant au-dessous du lobule. Les téguments très amincis et rougeâtres laissent voir le pus par transparence en un point limité. La tumeur assez indolente est indépendante du plan profond, sur lequel elle glisse facilement.

Pas d'otorrhée. Le conduit auditif paraît sain.

Il existe une écorchure recouverte d'une croûte sur la partie postéro-supérieure du pavillon,

Le sillon rétro-auriculaire est respecté.

2 janvier 1894. — Incision de l'adéno-phlegmon donnant issue à du pus phlegmoneux bien lié.

L'exploration attentive du fond de la plaie ne montre pas de point osseux dénudé sur la mastoïde.

Guérison en 15 jours.

Inversement, l'abcès d'origine mastoïdienne peut en imposer pour un adéno-phlegmon. Nous ne reviendrons pas sur les caractères différentiels déjà indiqués ; nous ne ferons que rapporter deux observations extraites du livre de A. Broca et Lubet-Barbon, où le doute fut quelque temps permis,

OBSERVATION XV.

Abcès mastoïdien à la pointe de l'apophyse. — Trépanation. — Guérison. — (Broca et Lubet-Barbon, Les suppurations de l'apophyse mastoïde. — Paris, 1895, p. 44).

Rond..., Angèle, âgée de 7 ans, est entrée à l'hôpital Trousseau le 22 avril 1893, pour une tumeur blanche du genou gauche, vieille d'environ 3 ans, actuellement fistuleuse et en attitude vicieuse.

Son père et son frère sont morts tuberculeux.

Le 5 juin sans avoir été averti par une otorrhée préalable on constate un gonflement situé au sommet de l'apophyse mastoïde. La peau est rouge, il y a de l'empâtement, le sillon

rétro-curiculaire n'est pas effacé et vu l'absence d'otorrhée, je diagnostique plutôt un adéno-phlegmon du ganglion mastoïdien, tout en faisant quelques réserves pour un abcès mastoïdien.

Le 7 juin, la fluctuation étant nette, j'incise l'abcès et j'explore l'apophyse que je trouve dénudée au sommet. Je la trépane au lieu d'élection; les cellules renfermaient du pus. Le canal de l'antre paraissant sain la caisse n'a pas été ouverte.

Tamponnement sans suture.

Les pansements ont été fait comme de coutumes, tous les 4 jours, et la guérison était complète le 31 juillet.

31 décembre 1893. — L'enfant est toujours dans le service pour sa tumeur blanche du genou. La mastoïde est en excellent état. Cicatrice blanche, linéaire, absolument cachée par le pavillon.

OBSERVATION XVI.

Abcès mastoïdien avec otite chronique. — Guérison. — Récidive. — Trépanation de l'apophyse et de la caisse. (in Broca et Lubet-Barbon).

Del..., Auguste, 7 ans, est entré le 25 octobre 1893, à l'hôpital Trousseau.

Il n'a jamais eu ni rougeole ni scarlatine, mais à l'âge de 15 mois, son oreille gauche a coulé et il est survenu un gonflement rétro-auriculaire qui a été incisé : cette incision, dont on voit la cicatrice, était fermée au bout de 15 jours. La mère dit qu'il n'en est sorti que du sang, mais que l'otorrhée était abondante. Depuis cette époque, tous les ans au mois de septembre, l'oreille aurait coulé 2 ou 3 jours.

Depuis 2 mois, sont survenues des douleurs très vives dans les oreilles, qui durent pendant des journées entières avec quelques courtes rémissions. Elles arrachent des cris au malade.

Actuellement, à un bon travers de doigt du pli rétro-auriculaire, au niveau de la partie inférieure et postérieure de la mastoïde gauche, il existe une cicatrice blanche et souple, sous laquelle est une tuméfaction grosse comme une demi-noix. En ce point, il y a une douleur exquise à la pression, en sorte que je n'ai pu rechercher la fluctuation.

L'enfant est en attitude légère de torticolis sterno-mastoïdien gauche. Il n'y a ni rougeur, ni œdème, ni empatement des plans superficiels. Le pavillon de l'oreille n'est pas repoussé en avant, le pli rétro-auriculaire n'est pas effacé. Aucune otorrhée actuelle. Malgré le siège très inférieur et très postérieur de l'abcès, je ne diagnostiquai pas un adéno-phlegmon, parce que la sensibilité locale était trop vive pour une adénite en somme modérément aiguë, étant donnée l'absence de toutes modifications de la peau et du plan sous-cutané. Membrane normale. Audition parfaite.

Enfin, il est une affection avec laquelle pourrait être confondu l'adéno-phlegmon mastoïdien, c'est la périostite de la même région.

Bien décrite par le professeur S. Duplay (1) qui le distin-

(1) Duplay. Traité de Chirurgie, t. IV, p. 661.

gue soigneusement de la mastoïdite, cette affection serait très rare d'après Broca, et pour lui, le plus souvent, l'abcès sous-périostique serait en rapport avec une suppuration intra-mastoïdienne.

La plupart des auteurs admettent, toutefois, que la périostite du tympan, complique habituellement la périostite de la caisse, comme l'a montré Duplay.

Le gonflement qu'elle provoque est diffus et se continue avec le gonflement du périoste du conduit osseux ; le sillon rétro-auriculaire est effacé surtout en haut et en arrière, le pavillon de l'oreille repoussé en bas et en avant. Ces deux signes sont ordinairement beaucoup plus marqués que dans l'adéno-phlegmon.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic de l'adéno-phlegmon avec la périostite décrite par Voltolini, Knapp et Lévi (1), sous le nom de périostite primitive, caractérisée par la bilatéralité fréquente et l'absence totale de lésion auriculaire. Cette périostite primitive est d'ailleurs fortement mise en doute par Jamain et Terrier, Broca, etc.

Moos (2) signale un cas où il observa un abcès superficiel de la région mastoïdienne consécutif à une otite moyenne purulente, sans que les cellules mastoïdiennes fussent envahies. Cet abcès qui siégeait au niveau de la partie moyenne de l'apophyse était dû à la persistance de la fente pétrosquameuse : par cette fente le pus avait fusé de l'oreille

(1) Lévi. Ostéo-périostite externe primitive de l'ap. mastoïde. Gazette heb. de méd. et chir., 1889, p. 660.

(2) Moos de Heidelberg. Zeitschrift für ohren XXIV. Sur une forme non encore décrite de mastoïdite.

moyenne dans le tissu cellulaire de la région mastoïdienne. L'abcès, ainsi formé, se vidait parfois spontanément et se reformait au bout de quelques heures : la pression au niveau de la tumeur, faisait refluer le pus par le conduit auditif externe ; ces caractères joints au peu d'intensité des phénomènes locaux, empêchèrent de prendre cette collection pour un adéno-phlegmon ou un abcès mastoïdien.

IV. — *Diagnostic de quelques cas complexes.*

Nous avons déjà signalé des cas où l'inflammation rétro-auriculaire s'accompagne d'un écoulement purulent par le conduit auditif externe. Cette otorrhée peut être causée par un furoncle du conduit ; alors elle est récente, et en général peu abondante. D'autres fois elle est produite par une otite moyenne antérieure, avec perforation de la membrane du tympan.

Le pus venant de la caisse peut infecter le conduit auditif et secondairement la région rétro-auriculaire s'œdématiser, devient rouge et douloureuse : il sera alors bien difficile de reconnaître s'il s'agit de lymphangite ou d'inflammation des cellules mastoïdiennes. Dans ce cas, où les signes du furoncle n'existent plus, les éléments du diagnostic devront être surtout recherchés dans la localisation des points douloureux. En avant du tragus, vers la pointe de l'apophyse au niveau des ganglions tuméfiés pour la lymphangite, sur toute l'étendue de l'apophyse pour la mastoïdite.

OBSERVATION XVII (PERSONNELLE).

Adénite rétro-auriculaire, suite d'otite moyenne.

Lau..., Marcelin, 14 ans 1/2, entré salle Denonvilliers, le 18 février 1895.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Pas de maladie, pas d'angine.

Il y a environ deux mois, il éprouva de vives douleurs dans l'oreille droite, s'accompagnant d'un écoulement très abondant. Quelques jours avant, avait ressenti une vive douleur dans l'oreille en se mouchant.

L'écoulement dura huit jours, puis disparut, Depuis plus rien.

Il y a huit jours apparurent des douleurs très violentes survenant la nuit, à heure régulière (vers 11 heures 1/2) qui empêchaient l'enfant de dormir pendant deux heures ; puis l'accès se calmait ; en même temps un peu de pus s'écoulait de l'oreille tachant le bourdonnet d'ouate introduit dans le conduit auditif externe.

Depuis deux jours les douleurs sont moins fortes ; l'écoulement persiste jaunâtre, assez épais. Actuellement, douleur à la pression vers la pointe de la mastoïde.

Absence de rougeur et de gonflement. Douleur nulle à la pression en avant du tragus, très vive quand le doigt presse au-dessous du conduit dans l'angle maxillo-mastoïdien. On sent à ce niveau un petit ganglion.

19 février. — Examen de l'oreille par M. Boulay. Petite perforation en arrière; la douche d'air passe très bien.

Pas de chute de la paroi postéro-supérieure du conduit. Presque plus de douleur à la pression de l'apophyse mastoïde.

L'adénite a rapidement cessé et l'enfant a ensuite été traité et guéri de son otite moyenne.

Dans l'observation précédente, la localisation précise de la douleur au sommet de l'angle mastoïdo-maxillaire, la présence à ce niveau d'un ganglion, l'absence de chute de la paroi postéro-supérieure du conduit ont permis d'écarter la mastoïdite.

Le furoncle se développe fréquemment dans un conduit auditif baigné par le pus venant de la caisse du tympan. Si, dans ces conditions, survient une inflammation de la région mastoïdienne, il sera bien difficile de ne pas penser tout d'abord à une complication du côté des cellules de l'apophyse. L'observation suivante, empruntée au Dr Luc, nous montre comment on peut éviter l'erreur, si on a soin de rechercher les symptômes de la furonculose du conduit auditif.

OBSERVATION XVIII.

Furonculose du conduit auditif simulant un abcès mastoïdien dans le cours d'une otite moyenne suppurée aiguë. — (Luc, archives intern. de largug. 1893, p. 212).

Le 22 mars je suis consulté par mon confrère le Dr F... dont le fils âgé de 20 ans éprouve depuis quelques jours, consécutivement à un catarrhe nasal aigu, de vives douleurs dans l'oreille gauche. L'introduction du spéculum est douloureuse; pourtant je ne note rien de particulier dans le conduit. En revanche, la membrane tympanique est congestionnée et a perdu son reflet lumineux. L'air passe mal par le Politzer et la sonde.

Je diagnostique une otite moyenne aiguë et je pratique séance tenante une paracentèse qui donna issue à du pus mélangé de sang. Le lendemain j'ai le regret de constater que mon intervention n'a procuré au jeune homme aucun soulagement. Le coton introduit dans l'oreille est retiré imbibé de pus : supposant une rétention purulente bien que la température soit à peine élevée, je pratique par la sonde un lavage de la caisse avec solution de sublimé à 1/4000^e.

Le liquide ressort parfaitement par le conduit. Ce moyen est répété les jours suivants, mais les douleurs persistent avec leur intensité première.

Sur ces entrefaites je me trouve dans la nécessité de m'absenter de Paris pendant 2 jours, et je trouve à mon retour le malade dans l'état suivant :

Les douleurs, de plus en plus violentes, empêchant tout sommeil, paraissent s'être localisées à la jonction du pavillon et de région mastoïdienne. Celle-ci est le siège d'un gonflement manifeste et le pavillon se détache plus fortement de la tête que du côté sain. Toute la région gonflée est extrêmement douloureuse à la pression. Je songe immédiatement à la possibilité d'une complication mastoïdienne. Pourtant, l'absence de toute élévation thermique me fait aussi penser à une furonculose du conduit; mais l'inspection de ce dernier n'y révélant aucune tuméfaction, je penche plutôt vers la première hypothèse.

Dans mon embarras, j'exprime le désir de prendre l'avis de mon collègue et ami le Dr Lubet-Barbon, qui, le lendemain, se trouve avec moi près du malade. A ce moment le gonflement rétro-auriculaire est très prononcé et s'accompagne d'œdème, la peau commence à rougir. Après une exploration très attentive du conduit et de la région mastoïdienne, le Dr Lubet-Barbon émet comme vraisemblable l'hypothèse d'une furonculose multiple et profonde se fondant :

1° Sur l'absence de fièvre.

2° Sur la présence d'une adénite rétro-auriculaire.

3° Sur la prédominance de la douleur à la pression à la face postérieure du pavillon plutôt qu'au niveau du plan osseux mastoïdien.

4° Sur l'existence et la paroi postérieure du conduit.

Trouvant l'opinion de mon ami excellemment fondée je propose une intervention immédiate qui est acceptée. Le

malade ayant été insensibilisé au bromure d'éthyle, je pratiquai une incision profonde au niveau de chacun des deux points douloureux sus-mentionnés, et j'eus la satisfaction de voir s'échapper par la première des deux incisions un gros tourbillon purulent.

Dans ce cas, dit en terminant le Dr Luc, les difficultés du diagnostic provinrent d'une part de la coïncidence de la furonculose avec une suppuration de l'oreille moyenne, d'autre part, de l'infiltration furonculose qui ne se traduisait par la présence d'aucune tuméfaction dans l'intérieur du conduit.

Pourtant l'intervention de notre ami Lubet-Barbon nous fournit la preuve que ces difficultés n'étaient pas insurmontables pour un observateur sagace et attentif.

L'observation suivante rappelle en plus d'un point le fait rapporté par Luc.

OBSERVATION XIX (PERSONDELLE).

Otite moyenne. — Furoncles du conduit. — Lymphangite péri-auriculaire simulant mastoïdite

Gustave H..., 10 ans. Rien à signaler dans les antécédents.

Scarlatine, il y a cinq ans, sans complication, du côté de l'oreille; sujet aux bronchites.

Il y a un an, a eu dans l'oreille droite un abcès très douloureux, qui s'ouvrit spontanément et guérit en six jours.

Il resta un peu de surdité dont les parents ne s'inquiétèrent pas.

Depuis deux mois, il existe de l'eczéma du pavillon, qui fut soigné par des lavages à l'eau boriquée et des cataplasmes de fécule.

Début. — Il y a 8 jours, gonflement du pavillon de l'oreille. Les jours suivants, la partie inférieure du pavillon diminue, tandis que le gonflement augmente en avant et en arrière de l'oreille.

Depuis 2 jours, l'enfant a la fièvre et le délire la nuit. Le gonflement a diminué en avant de l'oreille, celui de la région mastoïdienne est stationnaire.

État actuel. — Le pavillon de l'oreille est décollé, le sillon rétro-auriculaire est effacé par un gonflement oedémateux avec coloration rosée et diffuse. Le gonflement existe de même en avant du tragus. Le pavillon est rouge, boursouflé et couvert de quelques croûtes eczémateuses. La peau est infiltrée, épaissie. En raison du gonflement des parois, le conduit est réduit à une simple fente.

A la palpation, douleur notable en avant du tragus plus accentuée entre l'apophyse et le maxillaire où l'on sent un petit ganglion.

A la base de l'apophyse, quelques ganglions roulant sous le doigt et très douloureux.

Douleur à la pression sur la base de l'apophyse avec godet oedémateux.

La douleur existe au-dessus de l'oreille à l'origine de la région temporale. La traction sur le pavillon de l'oreille est douloureuse ainsi que la pression en avant du tragus.

Traitement. — Glycérine phéniquée dans l'oreille ; application de compresses humides.

Le lendemain, la lymphangite péri-auriculaire diminue, le pavillon est beaucoup moins gonflé, mais l'enfant souffre toujours.

25 juillet, matin. — La souffrance a beaucoup diminué. Il s'est produit un écoulement purulent par l'oreille.

Un tampon d'ouate introduit dans le conduit ne ramène pas de pus, mais réveille une très vive douleur à la pression sur la paroi antéro-supérieure.

Dans la profondeur du conduit on voit une pointe blanchâtre.

Introduction d'une mèche imbibée de sublimé.

26 juillet. — Oreille moins décollée, la souffrance a en partie disparu ; le conduit est toujours perméable, un peu de pus. Il y a toujours de la rougeur et du gonflement en avant du tragus.

27 juillet. — Suppure un peu ; dégonflement ; indolence.

28 juillet. — Le gonflement a disparu ; encore un peu de pus.

30 juillet. — Examen otoscopique par M. Boulay, qui diagnostique otite moyenne suppurée avec perforation du tympan. Guérison du furoncle du conduit et de la lymphangite.

21 août. — Perforation du tympan en avant et en bas. Écoulement muco-purulent de moyenne abondance. La douche d'air passe bien et ne ramène qu'une très petite quantité de pus dans le conduit.

1^{er} septembre. — Traitement par la glycérine phéniquée. Guérison.

Chez ce malade, le diagnostic fut posé exactement dès la première investigation. Étant donné la gravité de l'état,

général, le gonflement de la région mastoïdienne, la douleur au contact sur toute l'étendue de l'apophyse survenant chez un enfant atteint d'otorrhée, l'idée de mastoïdite se présentait tout d'abord à l'esprit.

Mais en faveur de la lymphangite, on constatait le gonflement pré-auriculaire ainsi que la présence en ce point d'un petit ganglion tuméfié et douloureux; de plus, la douleur à la pression était d'autant plus vive qu'on s'approchait de la pointe de l'apophyse. La présence des ganglions mastoïdiens roulant sous le doigt plaidait aussi en faveur de la nature lymphangitique de l'affection.

Mais quelle était la cause? Devait-on incriminer l'otite moyenne seule, ou bien existait-il un furoncle du conduit?

L'examen de ce dernier, à part le gonflement généralisé, était négatif. Néanmoins, M. Broca n'hésita pas à diagnostiquer la furunculose et cela en raison des signes suivants :

- 1° Présence d'eczéma sur le pavillon ;
- 2° Douleur à la pression sur le tragus ;
- 3° Douleur à la traction du pavillon.
- 4° Point douloureux au contact du stylet sur la paroi antéro-supérieure ;

L'évolution ultérieure de la lésion confirma pleinement le diagnostic, car, le gonflement ayant diminué, on put voir dans le fond du conduit sur la paroi antéro-supérieure une petite tumeur à sommet blanchâtre.

La lymphangite produite par l'eczéma aigu du pavillon ou du conduit simule d'autant mieux la mastoïdite que l'eczéma dont la fréquence est très grande, peut coexister avec cette affection.

OBSERVATION XX (PERSONNELLE).

Otorrhée chronique. — Eczéma aigu du lobule. — Lymphangite péri-auriculaire. — Guérison.

. De ... Jenny, 52 ans.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — A eu, il y a 5 ans, des rhumatismes musculaires. A l'âge de 16 ans on lui a ouvert un gros abcès de l'aisselle.

Ne se rappelle pas avoir eu de furoncles.

Début. — Depuis trois mois environ, elle se plaint souvent de douleurs dans les deux oreilles, s'accompagnant de bourdonnements, d'élancements douloureux et parfois d'un peu de surdité momentanée.

Otorrhée à gauche.

A fait des lavages à l'eau boriquée et des pansements à la glycérine phéniquée.

Le calme était revenu depuis un mois : il y a 4 jours les élancements douloureux ont recommencé, mais beaucoup plus violents. La nuit dernière les douleurs étaient tellement atroces qu'elles amenèrent des syncopes répétées pendant deux heures ; un liquide jaune clair, peu dense,

mélangé de pus et de sang s'écoulait des deux oreilles, surtout de la gauche.

État actuel, 17 mai 1894. — 1° Oreille gauche. Rougeur très accusée de lymphangite diffuse superficielle du pavillon.

Quelques croûtes et vésicules d'eczéma aigu sur le lobule.

Le conduit auditif externe est enflammé. Il existe deux petites pustulettes à l'entrée du conduit sur la face postérieure du tragus.

L'inflammation a envahi le pourtour de l'oreille; en arrière, elle se propage sur l'apophyse mastoïde, et descend un peu sur le muscle sténo-cléido-mastoidien.

Gonflement et douleur à la pression en avant du tragus. °

Un liquide jaune clair, peu dense, coule continuellement.

La malade accuse de la douleur à la pression :

1° En avant du tragus, au niveau du ganglion pré-auriculaire, où elle est très vive ;

2° Douleur légère à la région mastoïdienne ;

3° Douleur plus en arrière sur la partie postéro-supérieure du cou ;

4° Un léger engorgement pré et rétro-auriculaire est appréciable à travers le gonflement diffus.

2° Oreille droite. — La malade ne s'en plaint pas.

L'écoulement est faible, les douleurs légères.

Un peu de rougeur du tragus.

La malade vient d'avoir une syncope.

Nettoyage des oreilles à l'eau boriquée avec des tampons montés. Instillation de glycérine phéniquée à 1/20°.

18 mai. — Amélioration. Beaucoup moins de lymphangite.

Les douleurs à la pression diminuent.

23 mai. — Va très bien : l'oreille droite est complètement guérie.

A gauche la lymphangite péri-auriculaire a disparu.

Les pustulettes de l'entrée du conduit sont cicatrisées.

Il s'écoule encore un peu de pus venant des parties profondes du conduit.

24 mai. — M. Boulay l'examine et constate qu'à droite le tympan est cicatriciel et immobile; à gauche il présente une large perforation postérieure.

8 juin 1895. — La malade a été revue depuis à plusieurs reprises: elle est sourde comme auparavant; mais les accidents inflammatoires n'ont jamais reparu.

Dans ce cas, il fut relativement facile d'éliminer la mastoïdite, parce que la pression perpendiculaire à l'os était peu douloureuse alors que les douleurs spontanées étaient très intenses.

La rougeur et la tuméfaction du pavillon, le gonflement et la douleur à la pression dans la région pré-auriculaire, l'engorgement des ganglions mastoïdiens constituaient de précieux symptômes de lymphangite. Enfin, l'origine eczémateuse de la lésion se retrouvait facilement dans la présence des croûtes du lobule et des pustules sur la paroi interne du tragus.

Dans d'autres cas, la porte d'entrée de l'infection lymphangitique est plus difficile à découvrir. Quelques excoriations d'impétigo du pavillon ont pu suffire à provoquer l'adéno-phlegmon chez un sujet atteint depuis plusieurs semaines d'otorrhée suite de variole.

OBSERVATION XXI (PERSONNELLE).

*Impétigo du pavillon. — Otite moyenne, suite de variole.
— Adéno-phlegmon mastoïdien. — Incision. — Guérison.*

Mir..., Alexandre, un an, entré le 11 janvier 1863, salle Denonvilliers, n° 19.

Antécédents personnels. — Nuls.

A eu la variole.

Est adressé à M. Broca par un spécialiste distingué, avec la note suivante :

« L'oreille coule depuis quelques semaines, suite de variole. L'écoulement, assez abondant, a beaucoup diminué depuis le 4 janvier. Il y a quatre jours, la mère s'est aperçue d'une grosseur derrière l'oreille qui a été en augmentant. — Actuellement il n'y a au fond de l'oreille qu'une membrane rouge, infiltrée, avec petite perforation inférieure. L'apophyse est prise et demande à être ouverte. »

État actuel. — Du côté gauche, il existe un empâtement de la grosseur d'une noix siégeant en arrière du pavillon, commençant au niveau du bord inférieur du conduit auditif externe et se prolongeant à un centimètre au-dessous du

bord inférieur du pavillon. Au centre de la tumeur, collection purulente de la grosseur d'une noisette nettement fluctuante et prête à s'ouvrir.

Les 2/3 supérieurs de la région rétro-auriculaire sont indemnes ; le sillon rétro-auriculaire est conservé jusqu'en bas. L'empâtement paraît mobile sur les plans sous-jacents.

Toute la face externe du pavillon est, à sa partie supérieure surtout, le siège d'excoriations et d'ulcérations (restes de pustules de variole).

A cet examen et en raison : 1° de la porte d'entrée ; 2° de la conservation du sillon rétro-auriculaire, M. Delanglade, interne du service, diagnostique un adéno-phlegmon.

L'incision confirme le diagnostic, car l'apophyse au fond de la plaie paraît absolument saine.

Tamponnement à la gaze iodoformée. Glycérine phéniquée dans l'oreille.

27 janvier. — Cicatrisation presque complète.

17 février. — Le pansement ordinaire est remplacé par un pansement à l'acide borique, par suite d'un violent érythème causé par l'iodoforme.

24 février. — La guérison est complète.

31 mars. — L'écoulement par le conduit est tari.

Dans l'observation précédente, l'écoulement abondant avec perforation du tympan, l'empâtement mastoïdien avec fluctuation au centre faisaient de suite penser à un abcès mastoïdien. Mais on observe l'intégrité à peu près complète de la base de la mastoïde, la persistance du sillon rétro-auriculaire, la mobilité de l'empâtement sur les plans sous-jacents : ces symptômes annonçaient un adéno-phlegmon qui fut du reste démontré après intervention par l'intégrité de l'os sous-jacent et la guérison rapide.

Dans tous les cas que nous avons étudiés, le diagnostic fut posé exactement, et toute intervention sur l'apophyse mastoïde, évitée. Il n'en fut pas de même dans notre dernière observation. Ici, après ouverture de l'abcès mastoïdien, M. Broca pratiqua la trépanation de l'apophyse.

OBSERVATION XXII (PERSONNELLE).

Otorrhée chronique. — Adeno-phlegmon simulant mastoïdite. — Incision. — Trépanation de l'apophyse. — Guérison.

Louis Cib..., 12 ans, entre à l'hôpital Trousseau, salle Denonvilliers, le 18 décembre 1894.

Antécédents héréditaires. — Les parents sont en bonne santé; un frère du malade est mort de méningite à vingt-deux mois.

Antécédents personnels. — A été opéré à Lariboisière, il y a deux ans, par M. le professeur Berger, pour tuberculose du cou-de-pied; le traitement a duré sept mois.

Début. — Depuis un mois, il existe un écoulement purulent de l'oreille droite.

Il y a deux jours, il s'est produit un gonflement de la région rétro-auriculaire et du pavillon de l'oreille droite;

les douleurs sont peu intenses; l'enfant a cessé hier seulement d'aller à l'école; il s'est présenté hier à la consultation externe de l'hôpital Lariboisière. M. le docteur Berger l'adresse au docteur Broca.

État actuel. — Le pavillon de l'oreille droite est détaché de la paroi crânienne et forme avec elle un angle presque droit. En arrière de l'oreille existe une tuméfaction qui a effacé le rayon rétro-auriculaire; cependant, il est encore assez accentué vers la pointe de l'apophyse. A ce niveau, la peau est rouge et tendue. Il n'y a pas de fluctuation. Sur le bord antérieur de l'apophyse, à la hauteur de la pointe, on sent un ganglion tuméfié et douloureux. La douleur, à la pression, n'est pas très vive; elle est surtout marquée à la partie inférieure de la tuméfaction; elle n'existe pas à la base de l'apophyse.

La région préauriculaire est normale, on ne sent pas de ganglion tuméfié; la pression ne provoque qu'une très légère douleur.

Le pavillon est tuméfié, oedémateux à sa partie postérieure.

A l'inspection, le conduit auditif est sec, mais en pressant sur la partie tuméfiée du pavillon, on fait sortir un peu de pus.

Température vespérale, 37°6.

A sept heures du soir, le malade est chloroformé. M. Broca pratique une incision curviligne parallèle au sillon rétro-auriculaire.

On ne trouve pas de pus, superficiellement.

L'apophyse mastoïde explorée ne présente pas de point dénudé; le périoste n'est ni épaissi ni infiltré.

On trouve un ganglion engorgé, mais non tuberculeux.

La trépanation de l'apophyse est pratiquée au niveau et à un centimètre en arrière du conduit auditif. On ne trouve pas de pus dans l'aditus et l'antre; le stylet trouve l'os de la

caisse dénudé; le stylet, introduit dans le conduit auditif, trouve également l'os dénudé.

Injection de glycérine phéniquée au 1/20^e, et pansement à la gaze iodoformée.

19 décembre. — L'enfant ne souffre pas, la température est normale.

A la suite de cette intervention, la guérison opératoire a été rapide, tous les phénomènes phlegmoneux ayant cessé en 48 heures.

L'enfant est actuellement encore en traitement pour son otite moyenne, qui ne fournit plus d'ailleurs qu'un écoulement purulent insignifiant.

L'hésitation qui, dans ce cas, motiva l'intervention, résultait de ce que la région préauriculaire était absolument indolore, et qu'on n'y sentait aucun ganglion. Qu'on ajoute à ces signes négatifs l'effacement du sillon, le décollement, et on aura l'aspect de l'abcès d'origine mastoïdienne. En faveur de l'adénophlegmon on constatait l'indolence à la base de l'apophyse, et la douleur plus intense à la pointe où siégeait un ganglion.

THÉRAPEUTIQUE.

N'ayant pas l'intention de discuter les divers traitements qui ont été proposés, nous nous contenterons d'exposer la thérapeutique adoptée par M. Broca à l'hôpital Trousseau.

1° Il y a simplement un ou plusieurs furoncles du conduit.

On déterge le conduit auditif avec de petits tampons de coton imbibés d'eau boriquée ou de sublimé à 1/1000^e.

On fait ensuite un pansement antiseptique du conduit. Pour cela, il suffit d'y introduire une mèche de coton qu'on imbibe plusieurs fois par jour (sans la retirer) d'une solution de sublimé à 1/1000^e.

Toutefois, la pratique préférée de notre maître, celle que nous avons suivie dans tous les cas qu'il nous a été donné de traiter, consiste après avoir incliné de côté la tête du malade, à instiller dans le conduit auditif, une ou deux fois par jour une solution de glycérine phéniquée au 1/20^e : chez les enfants très jeunes, ayant moins de 2 ans, il sera préférable d'employer une solution au 1/40^e.

Sous l'influence de ce simple traitement, les phénomènes

inflammatoires se calment très vite, et la guérison définitive s'obtient en 4 ou 5 jours, le plus souvent par résolution. En outre, nous n'avons jamais observé ces séries de furoncles récidivants, si fréquents à la suite de pansements trop irritants.

2° Si la furunculose s'accompagne d'œdème et de lymphangite rétro-auriculaire, les instillations de glycérine phéniquée, suffisent, dans les cas légers, à faire disparaître l'inflammation.

Si la rougeur est plus accentuée, on appliquera sur la région mastoïdienne de larges compresses humides de sublimé à 1/2000°.

3° Enfin, s'il existe un adéno-phlegmon, on incisera largement et profondément la collection purulente, à un centimètre en arrière du sillon rétro-auriculaire, et parallèlement à sa direction.

Dans les cas douteux, il faudra toujours explorer attentivement le fond de la plaie avec le doigt et le stylet, pour savoir si la'pophyse mastoïde ne présente pas un point dénudé.

CONCLUSIONS

1° La lymphangite et l'adéno-phelgmon mastoïdiens simulent souvent la mastoïdite.

2° Leur origine doit être recherchée dans tout le territoire lymphatique des ganglions mastoïdiens. La furonculose du conduit auditif externe est leur cause la plus fréquente.

3° Le diagnostic de la lymphangite rétro-auriculaire repose sur l'étude attentive des points douloureux et sur l'examen complet du conduit auditif.

4° L'origine furonculaire de la lymphangite se reconnaît aux symptômes suivants : douleur vive à la pression en avant du tragus et en arrière du conduit, à la traction du pavillon de l'oreille ; présence dans le conduit auditif d'une petite tumeur très sensible au contact du stylet.

5° Le diagnostic de lymphangite devient plus difficile, mais souvent possible, quand il y a coexistence d'otite moyenne et de furonculose.

6° L'adéno-phlegmon sera incisé le plus tôt possible.

La lymphangite simple guérit par le traitement rationnel de la cause; nous recommandons les instillations dans le conduit de glycérine phéniquée au 1/20 s'il s'agit de furonculose.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ANTON. — Otitis externa circumscripta furunculus. Budapesth, 1889.
- BROCA ET LUBET-BARBON. — Les suppurations de l'apophyse mastoïde et leur traitement. 1895.
- BROCA. — Arch. intern. de laryng. 1894, p. 309.
- BING. — Wiener medical Blatter, n° 37.
- CALDWELL. — New-York med. Journal. 1893. T. II, p. 66.
- DUPLAY. — Traité de chirurgie. T. IV, p. 661.
- Archives générales de médecine. 1875, p. 513.
- — — — — mai-juin 1888.
- Bulletin médical. 1890.
- EITELBERG. — Wiener med. Presse, n° 10, p. 341.
- FERRERI. — Lo sperimentale. 1883.
- GARRIGOU-DESARÈNES. — Revue de laryng. Janv. 1888.
- GRANDHOMME. — Thèse. Paris, 1890.
- HERMET. — Leçons sur les maladies de l'oreille.
- Société de laryngologie. Mai 1894.
- HARTMANN. — Maladies de l'oreille, trad. Potiquet.
- HAGEN. — Die circumscripte Entzündung des äusseren Gehorganges. Leipzig, 1867.

- GERVAIS. — Thèse. Paris, 1879.
- JAMAIN ET TERRIER. — Manuel de Path. et cl. chir. T. II.
- LADREIT DE LACHARRIÈRE. — Annales des maladies de
l'oreille et du larynx. T. III, p. 6.
- LEVI. — Gaz. hebd. de méd. et chir. 1889, p. 661.
- LUC. — Arch. intern. d'otol. et laryng. 1893.
- LŒWENBERG. — Union médicale. 1888.
- LERMOYEZ ET HELME. — Annales des maladies de l'oreille.
Janv. 1895.
- MULLER. — Wiener med. Wochs. 1894.
- MARTHA. — Ann. mal. oreilles. 1893, p. 549.
- PAUZAT. — Ostéomyélite du temporal (in-Annales 1893).
- POLITZER. — Traité des maladies de l'oreille. 1884.
- PAUCHET. — Thèse. Paris, 1895.
- POINSOT. — Dict. méd. et chir. pratiques.
- TILLAUX. — Tr. chirurgie clinique. T. II, p. 90.
- URBANTSCHITSCH. — Traité mal. oreilles. 1881.

Vu :
Le Président,
BERGER.

Vu :
Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

